무배당 내Mom같은
베이비보험2206

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

개인신용정보 제공 · 이용에 대한 고객 권리 안내문

개인신용정보는 반드시 고객님의 동의를 얻은 후 타인에게 제공 및 활용하고 있습니다.
고객님께서는 제공된 정보의 열람을 청구할 수 있으며, 활용 중단을 신청할 수 있습니다.

1. 금융서비스의 이용

고객의 개인신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험관련 금융서비스는 제휴회사 등에 대한 정보의 제공·활용 동의 여부와 관계없이 이용할 수 있습니다. 다만, 제3자에 대한 정보의 제공·활용에 동의하지 않으시는 경우에는 제휴·부가서비스, 신상품 서비스 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 고객 개인신용정보의 제공·활용 중단 신청

가. 신용정보 이용 및 제공사실의 조회 요구

고객은 「신용정보법」 제35조에 따라 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보')를 마케팅 목적으로 이용·제공한 경우 이용·제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

- 신청방법
  - 전화 : 1566-7711
  - 홈페이지 : http://www.meritzfire.com

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

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

다. 본인 정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은 「신용정보법」 제37조에 따라 가입 신청시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 금융회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사

안별로 중단 시킬 수 있습니다.(다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.)

- 신청방법
  - 전화 : 1566-7711
  - 홈페이지 : http://www.meritzfire.com

- 신청자 제한 : 마케팅 목적의 이용·제공 동의철회는 즉시 가능하며, 단, 보험계약 체결·유지·관리 이행을 위한 동의는 체결 계약의 유지·관리를 위한 필수 동의사항으로 사안에 따라 철회가 불가할 수도 있습니다.

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

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

- 신청방법
  - 전화 : 1566-7711
  - 홈페이지 : http://www.meritzfire.com

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은 「신용정보법」 제39조에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

- 연락처
  - NICE신용평가정보(주)
    - 전화 : 02-2122-4000, 홈페이지 : http://www.nice.co.kr
  - SCI평가정보(주)
    - 전화 : 02-3445-5000, 홈페이지 : http://www.sci.co.kr
  - 코리아크레딧뷰로(주)
    - 전화 : 02-708-6000, 홈페이지 : http://www.kcb4u.com

바. 본인정보의 삭제 요구

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

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

- 신청방법
  - 전화 : 1566-7711
  - 홈페이지 : http://www.meritzfire.com > 본인인증센터 > 개인정보보호 > 개인신용정보관리

3. 본인정보 유출시 피해 보상

고객은 금융회사의 귀책사유로 인한 본인정보 유출로 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받을 수 있습니다.

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

- 연락처
  - 당사 개인신용정보보호 담당자 :
    02-3786-2551 / 서울시 강남구 강남대로 382
  - 손해보험협회 개인신용정보보호 담당자 :
    02-3702-8500 / 서울 종로구 종로5길 68, 6층
  - 금융감독원 개인신용정보보호 담당자 :
    금융민원센터 1332 / 서울특별시 영등포구 여의대로 38

메리츠금융그룹 고객정보 취급방침

메리츠금융그룹을 아끼고 사랑해 주시는 고객 여러분께 깊은 감사를 드립니다.

메리츠금융그룹은 금융지주회사법령에 의해 그룹사간에는 고객정보의 제공 및 이용이 가능하게 되어 있습니다. 이에 다음과 같이 안내하여 드리오니 참고하시기 바랍니다.

■ 금융지주회사법 제48조의2(고객정보의 제공 및 관리)

① 금융지주회사등은 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한법률」제4조제1항 및「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조·제33조에도 불구하고「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료(이하 "금융거래정보"라 한다) 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조제1항에 따른 개인신용정보(이하 "개인신용정보"라 한다)를 다음 각 호의 사항에 관하여 금융위원회가 정하는 방법과 절차(이하 "고객정보제공절차"라 한다)에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.

1. 제공할 수 있는 정보의 범위
2. 고객정보의 암호화 등 처리방법
3. 고객정보의 분리 보관
4. 고객정보의 이용기간 및 이용목적
5. 이용기간 경과 시 고객정보의 삭제
6. 그 밖에 고객정보의 엄격한 관리를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 금융지주회사의 자회사등인 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자는 해당 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 증권을 매매하거나 매매하고자 하는 위탁자가 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보(이하 "증권총액정보등"이라 한다)를 고객정보제공절차에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.

1. 예탁한 금전의 총액
2. 예탁한 증권의 총액
3. 예탁한 증권의 종류별 총액
4. 채무증권의 종류별 총액
5. 수익증권으로서 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의

종류별 총액
6. 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권 보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

이에 따라 메리츠금융그룹은 메리츠금융지주회사를 중심으로 고객정보를 그룹사간에 제공 및 이용하기 위하여 「고객정보 취급방침」을 제정·운영하고 있습니다.

이러한 고객정보의 제공 및 이용은 고객 여러분의 금융거래에 따른 불편함을 해소하고 더욱 더 만족스러운 금융서비스를 제공하기 위해 시행하는 것이며 만에 하나 발생할지도 모르는 부작용을 방지하기 위하여 다음과 같이 제공되는 정보의 종류 및 제공처를 한정하고, 정보의 엄격한 관리를 위한 제도를 마련하였습니다.

Ⅰ. 제공되는 고객정보의 종류

1. 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료
2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조제1항에 따른 개인신용정보
   가. 특정 신용정보주체를 식별할 수 있는 정보 : 생존하는 개인의 성명, 주소, 주민등록번호, 외국인등록번호, 국내거소신고번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호, 성별, 국적 및 직업 등
   나. 신용정보주체의 거래내용을 판단할 수 있는 정보 : 대출, 보증, 담보제공, 당좌거래(가계당좌거래를 포함한다), 신용카드, 할부금융, 시설대여와 금융거래 등 상거래와 관련하여 그 거래의 종류, 기간, 금액 및 한도 등에 관한 사항
   다. 신용정보주체의 신용도를 판단할 수 있는 정보 : 금융거래 등 상거래와 관련하여 발생한 연체, 부도, 대위변제, 대지급과 거짓, 속임수, 그 밖의 부정한 방법에 의한 신용질서 문란행위와 관련된 금액 및 발생·해소의 시기 등에 관한 사항
   라. 신용정보주체의 신용거래능력을 판단할 수 있는 정보 : 개인의 직업·재산·채무·소득의 총액 및 납세실적
   마. 그 밖에 정보 : 법원 또는 공공기관의 재판·결정 정보, 조세 또는 공공요금 등의 체납정보, 주민등록 관련 정보 및 그 밖에 공공기관이 보유하는 정보 등
3. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 매매하고자 하는 위탁

자가 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 목에 해당하는 정보

가. 예탁한 금전의 총액
나. 예탁한 증권의 총액
다. 예탁한 증권의 종류별 총액
라. 채무증권의 종류별 총액
마. 수익증권으로서 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의 종류별 총액
바. 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

II. 고객정보의 제공처

메리츠금융그룹 중 금융지주회사법령에 의한 고객정보의 제공 및 이용이 가능한 회사는 메리츠금융지주회사, 메리츠화재, 메리츠증권, 메리츠캐피탈, 메리츠자산운용, 메리츠대체투자운용입니다.

III. 고객정보의 보호에 관한 내부방침

메리츠금융그룹에서는 고객 여러분의 고객정보를 최대한 안전하게 관리하기 위해 그룹사간 정보 제공 및 이용이 아래와 같이 엄격한 절차와 관리·감독 하에 이루어지도록 하였습니다.

① 고객정보의 제공 및 이용은 신용위험관리 등 내부 경영관리 목적으로만 이용되도록 하였습니다.

② 그룹사의 임원 1인 이상을 고객정보관리인으로 선임하여 고객정보의 제공 및 이용에 관련된 일체의 책임을 지도록 하였습니다.

③ 그룹사별로 소관부서 및 담당자를 지정하여 체계적이고 집중적인 관리를 도모하였습니다.

④ 고객정보의 요청 및 제공시 서면 또는 전자결재시스템을 통하여 고객정보관리인의 결재를 받은 후 요청 및 제공하도록 하는 등 업무 프로세스의 정형화를 통해 엄격한 관리 및 통제가 이루어지도록 하였습니다.(단, 금융지주회사감독규정에서 정한 고객정보관리인의 승인 의무를 적용받지 않는 사항은 제외)

⑤ 그룹사간 고객정보의 요청 및 제공, 이용 등과 관련한 업무에 대하여 금융지주회사 고객정보관리인에게 총괄관리 역할을 부여함으로써 고객정보의 보호에 만전을 기하였습니다.

⑥ 고객정보의 제공 및 이용 관련 취급방침의 제·개정시 2

개 이상의 일간지에 공고하고, 각 영업점(본점 해당부서 포함) 그리고 각 그룹사 홈페이지 등에 게시하는 등 고객공지 의무에 최선을 다할 것입니다.

⑦ 위법・부당한 방법으로 인해 피해를 입게 된 고객 분을 위해 적정한 보상 및 처리가 이루어지도록 민원사항에 대한 안내 및 상담, 처리 그리고 결과 및 통지 등 민원처리 관련 일체의 업무를 수행할 소관부서를 그룹사마다 두었습니다. 그리고 소관부서 외 금융감독원 분쟁조정제도를 통하여 구제받으실 수 있도록 하였습니다.

⑧ 고객정보 제공 및 관리에 대한 권한이 부여된 자만 고객정보에 접근하고, 고객정보의 송·수신, 보관 등에 있어 암호화하여 관리하며, 천재지변 및 외부로부터의 공격·침입 등 불가항력에 대비한 보안시스템을 구축하였고, 고객정보와 관련된 임직원에 대하여는 정기적으로 보안 교육을 실시하는 등 철저한 보안 대책을 마련하고 있습니다.

메리츠금융그룹은 그룹사간 고객정보의 제공 및 이용을 허용한 것이 금융서비스의 질을 높이고, 나아가 우리나라 금융산업을 선진화시키기 위한 조치임을 명심하고 고객정보의 교류를 토대로 고객 여러분들께 보다 편리하고 질 높은 선진금융서비스를 제공할 것을 약속드리며, 고객 여러분의 고객정보의 보호 및 엄격한 관리를 위해 최선을 다할 것입니다.

메리츠금융그룹

메리츠금융지주	고객정보관리인
메리츠화재	고객정보관리인
메리츠증권	고객정보관리인
메리츠캐피탈	고객정보관리인
메리츠자산운용	고객정보관리인
메리츠대체투자운용	고객정보관리인

보험금 지급절차 안내장

■ 보험금 청구 관련 안내

- 보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 합니다. 단, 피보험자가 미성년자인 경우엔 위임장 없이 친권자(부모) 계좌로 수령이 가능합니다.
- 상기 서류 이외에도 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요할 수 있으며, 이런 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.
- 보험금 청구서류는「보험금 청구서류 안내장」을 참조하기 바랍니다.

■ 보험금 지급절차 안내

- 발송하여 주신 서류가 메리츠화재보험회사에 접수되는 경우 보상처리 담당자가 지정 되며 SMS를 통해 담당자 성명과 연락처가 통보됩니다.
- 서류발송 전 문의사항 및 보상담당 부서, 담당자 연락처 등은 당사 고객콜센터(TEL: 1566-7711)로 문의하시기 바랍니다.
  (상담가능시간: 09시~18시)

[보험금 지급절차]

보험금청구 사고접수 → 청구서류 안내 → 청구서류 접수 → 보상여부검토 및 사고조사 → 보험금결정 및 지급 → 지급안내문 발송

■ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.
  (손해사정법인: 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대해 인가받은 업체)
- 회사가 손해사정법인을 선임하는 경우 비용은 **메리츠화재보험회사가 부담**하며 가입자가 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 가입자가 부담합니다.

■ 의료심사

- 상해 · 질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며 이 경우 비용은 메리츠화재보험회사가 부담합니다.

■ 보험사간 치료비 분담 지급 (비례보상 적용) 등

- 상해 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 **비례보상원칙을 적용**하여 **보험금을 지급**할 수 있습니다.
- 비례보상과 관련하여 귀하가 원하실 경우 보험금 청구를 위해 다른 보험회사에 제출하는 **청구 관련 구비서류 제출을 대행**해드립니다. 이 경우 타회사에 자료제공을 위한 **개인정보 활용에 동의**하셔야 합니다.

■ 보험금 지급 안내 및 심사 절차 조회 방법

- 보험금이 지급되는 경우 사고 접수 시 통보하여 주신 주소로 **보험금지급안내문**이 **발송** 됩니다.
- 메리츠화재보험회사 홈페이지(www.meritzfire.com)에 접속하시면 **계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인**하실 수 있습니다. (공동인증서가 있는 경우에만 홈페이지를 통한 확인이 가능합니다)

■ 장해진단서 제출시 유의 사항

- 장해진단서를 제출 하시는 경우에는 **3차 의료기관에서 진단을 요청**드리며 병원 진단전에 보상담당자와 협의하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
  (3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원)

■ 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다. (상법 제662조)

■ 재심사 청구

- 메리츠화재보험회사의 **보험금 不지급 결정** 및 **보험금 결정액에 동의 하시지 않는 경우** 메리츠화재보험회사 소비자보호센터로 통보하시면 **재심사를 받으실 수 있습니다.**
  - ✓ 인터넷 접수: 홈페이지(www.meritzfire.com)에 접속하여 신청
  - ✓ 우편 접수: 서울시 영등포구 국제금융로 2길 11
    메리츠화재 소비자보호센터
  - ✓ 전화 상담: 1566-7711(ARS 5번 → 재심사청구문의)

안내말씀

귀하께서는 저희 메리츠화재해상보험㈜와 보험계약을 체결하셨습니다.
현대 사회를 살아가면서 발생할 수도 있는 각종 위험에 대비하고, 미래의 풍요로운 삶을 준비하는데 반드시 필요한 경제제도인 손해보험에 가입하신 것을 저희 회사 임직원 모두가 깊이 감사드립니다.

유의사항

특별약관은 보험 증권에 명기된 것에 한하여 보장됩니다.

보험품질보증제 시행

저희 회사에서는 보험계약시 청약서 자필서명, 약관 및 청약서 부본전달, 상품의 주요내용 설명을 이행하지 아니하였을 경우 계약이 성립한 날로부터 3개월 이내에 이의를 제기하시고 그 사실이 인정되면 납입하신 보험료와 청약일로부터 실제 지급일까지의 경과기간에 대한 보험계약대출이율을 더한 금액을 환불하여 드립니다.

보험관련 민원상담 및 분쟁조정 안내

보험계약, 보상 관련 및 보험금 지급 등에 관하여 불만사항이 있으실 경우, 저희 회사에 이의를 제기하여 주시면, 신속하고 정확하게 처리하도록 하겠습니다. 감사합니다.
*전화 : 메리츠화재 민원상담 02-6464-3535(3522)
*홈페이지 : www.meritzfire.com > 소비자보호광장

보험 주요 민원 사례

알릴 의무

P씨는 대수롭지 않은 치료라는 생각으로 가입 전 병원 진료에 대해 알리지 않고 가입하였다가 추후 보상시 면책 안내되어 불만 제기

유의 사항

계약전 알릴의무는 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무사항으로 임의 판단으로 누락시에는 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다

자필서명 미이행

A씨는 지인인 B설계사의 설명을 듣고 남편을 피보험자로 하여 보험가입을 원했으나 남편 설득이 여의치 않자 A씨가 피보험자 서명을 대필하여 보험가입하였고 추후 보상시 문제가 될 수 있다는 내용을 인지하고 불만 제기

유의 사항

피보험자의 서면동의를 받지 않으면 보상시 불이익이 있을 수 있으므로, 반드시 피보험자의 동의를 받으셔야 합니다

주요설명 미이행

P씨는 갱신 담보 보험료 인상에 대한 설명을 듣지 못했는데 과도하게 인상됐다며 불만 제기

유의 사항

갱신형특약의 보험료는 갱신도래시 연령증가, 손해율, 의료수가 상승 등에 따라 일반적으로 증가 할 수 있습니다. 가입 전 고객님께 안내드리는 가입설계서 상의 갱신형특약 예상보험료는 가입시점 기준으로 고객님의 이해를 돕기위한 자료임으로 가입전 참고해 주시기 바랍니다.

계약 유지

K씨는 설계사에게 피보험자 변경을 해달라고 말해놓고 잊고 있었다가 추후 누락된 사실을 인지하고 불만 제기

유의 사항

계약의 변경은 반드시 서면으로 요청하셔야 하며, 변경 내용에 대해 증권 또는 배서승인서 등을 통해 확인하셔야 합니다.

K씨는 직업이 변경되어 보험사에 통지하였으나 직업의 위험도가 변경되어 현재 계약의 보험료 및 담보가 변경됨을 안내받고 불만 제기

유의 사항

표준약관(상해보험 계약 후 알릴의무)에 근거하여 직업 급수(위험도)에 따라 보험료의 증액을 청구하거나 계약의 해지 등 가입조건이 변경될 수 있습니다

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 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.
특히, **청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항 등** 보험계약의 **중요사항**에 대한 설명이 들어있으니 **반드시 확인**하셔야 합니다.

2 한눈에 보는 약관의 구성

약관 이용 가이드 북
약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록
약관의 구성, 쉽게 찾는 방법 등의 내용을 담고 있는 **지침서**

시각화된 약관 요약서
약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록
계약 주요내용 및 유의사항 등을 **시각적 방법**을 이용하여
간단 요약한 약관

보험규정 (보통약관&특약)
- **보통약관** : 기본계약을 포함한 공통사항을 정한 기본약관
- **특약(특별약관)**:보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관

용어해설 및 색인 등
약관이해를 돕기 위한 어려운 **법률·보험용어의 해설**, 가나다 **順 특약색인, 관련 법규** 등을 소비자에게 안내

3 QR코드를 통한 편리한 정보이용

QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하면
상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상	보험금 지급절차	전국 지점

4 약관의 핵심 체크항목 쉽게찾기(보통약관기준)

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

1 보험금 지급 및 지급제한 사항

제3조(보험금의 지급사유)	87P

*본인이 가입한 특약을 확인하여 **가입특약별 「보험금 지급사유 및 미지급사유」**도 **반드시 확인**할 **필요**

2 청약철회

제20조(청약의 철회)	100P

3 계약취소

제21조(약관교부 및 설명의무 등)	101P

4 계약 무효

제22조(계약의 무효)	103P

5 알릴 의무 및 위반 효과

제15조(계약 전 알릴 의무)	94P
제17조(알릴 의무 위반의 효과)	97P

6 계약後 알릴 의무 및 위반 효과

제16조(상해보험계약 후 알릴 의무), **제17조**(알릴 의무 위반의 효과)	95P 97P

7 보험료 연체 및 해지

제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	114P

8 부활(효력회복)

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	115P

9 해지환급금

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회), **제35조**(해지환급금)	117P 118P

10 보험계약대출

제36조(보험계약대출)	119P

5 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

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

1	시각화된 **'약관 요약서'**를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.	약관 요약서 P21
2	**'약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'**를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.	핵심 체크항목 P17
3	**'가나다 順 특약색인(索引)'**을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다. *보통약관에 부가된 특약은 자유롭게 선택, 가입(의무특약 제외)할 수 있고 가입특약에 한해 보장받을 수 있음	특약 색인 P1828
4	약관 내용 중 어려운 보험용어는 **용어해설, 약관 본문 Box안 예시** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.	용어 해설 P80
5	스마트폰으로 **QR코드**를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내받을 수 있습니다.	QR코드 P16
6	**'관련법규'항목**을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.	관련법규 P1768
7	약관조항 등이 **음영·컬러화** 되거나 **진하게** 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.	

6 기타문의 사항

※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지**(www.meritzfire.com), **고객 콜센터**(1566-7711)로 문의 가능

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

쉽게 이해하는
약관 요약서

Ⅰ 보험계약의 개요

Ⅱ 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

Ⅲ 보험계약의 일반사항

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

※ 이 요약서의 내용을 **이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익**을 받을 수 있으므로, **동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정**하시기 바랍니다.

Ⅰ 보험계약의 개요

- 보험 회사명 : 메리츠화재
- 보험상품명 : 무배당 내Mom같은 베이비보험2206
- 보험상품의 종목 : 어린이보험

1. 상품의 주요 특징

피보험자의 신체	법률상의 배상책임	개인이 부담하는 각종 비용손해

2. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 내Mom같은 베이비보험2206

❶ **무배당** : 계약자에게 배당하지 않는 상품입니다.
❷ **베이비** : 0세가 가입 가능한 상품입니다.

보장성보험
[사망, 상해, 질병 등]

해지환급금 미지급형
[계약을 해지할 경우 해지환급금이 표준형 대비 적거나 없을수 있음]

예금자 보호

Ⅱ 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

1. 보험금 지급제한사항

주의

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

▸ 면책기간/감액지급(단, 2형(계약전환형)은 해당사항없음)

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 감액지급
이차암진단비		일차암 발생후 1년	-
갱신형 표적항암약물허가치료비 / 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비 (연간1회한)	암	-	가입금액의 50% (단, 180일 경과시점 전일이전은 가입금액의 25%)
	기타피부암, 갑상선암	-	
갱신형 항암양성자방사선치료비	암	-	가입금액의 50% (단, 180일미만시 가입금액의 25%)
	기타피부암 갑상선암	-	가입금액의 50% (단, 180일미만시 가입금액의 25%)
갱신형 항암세기조절방사선치료비	암	-	가입금액의 50% (단, 180일미만시 가입금액의 25%)
	기타피부암 갑상선암	-	가입금액의 50% (단, 180일미만시 가입금액의 25%)
갱신형 다빈치로봇 암수술비		-	가입금액의 50% (단, 180일미만시 가입금액의 25%)
갱신형 특정질환3대치료비		-	가입금액의 50%
갱신형 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 3대질환 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)		-	가입금액의 50%

보장명	최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 감액지급
갱신형 양전자단층촬영(PET)검사비(급여, 연간1회한)	-	가입금액의 50%주1)
재진단암진단비(1년 대기형)	첫번째암/직전 재진단암 발생후 1년	-
재진단암진단비(2년 대기형)	첫번째암/직전 재진단암 발생후 2년	-
특정9대감염병진단비(연간1회한)	10일	-
갱신형 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)	10일	-

주1) 상해로 인한 양전자단층촬영(PET)의 경우 감액기간 없음, 감액지급기간 종료시 가입금액의 100%지급

▸ 보장한도

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다. 가입하신 담보의 보험금 지급 한도는 약관 및 상품설명서 담보사항을 반드시 확인하시기 바랍니다.

[예시]

보장명	보장한도
암진단비(유사암제외)	최초 1회에 한해 보장
일반상해입원일당(1일이상)	최초입원일부터 1회 입원당 180일한도 보장

▸ 자기부담금 차감

이 보험에는 보상대상 의료비에 대해 **일정금액 또는 일정비율**의 자기부담금을 차감하고 보험금을 지급하는 담보가 있습니다.

[자기부담금을 차감하는 담보]

담보명	자기부담금 차감 금액
의료사고법률비용	변호사 착수금 X 20%
갱신형 가족일상생활중 배상책임(II)/(III)	1사고당 자기부담금 대인 : 없음 대물 : (II)-20만원 (III)-누수50만원,이외20만원
12대/20대/신8대가전제품 수리비용	1사고당 자기부담금: 2만원

2. 해지환급금에 관한 사항

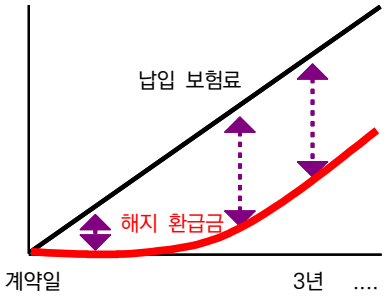
보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해지환급금**을 지급합니다.

! 주의

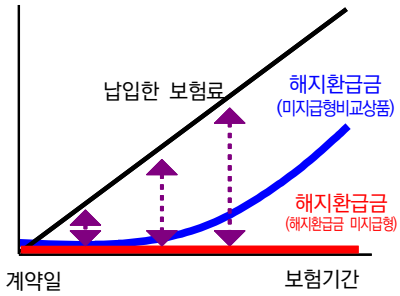
① **해지환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.**
*해지환급금: 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급

② 보험계약을 해지할 경우 **해지환급금 없거나 일반상품보다 적을수 있습니다.**
(해지환급금 미지급형 운영 상품에 한함)

(예시① **일반상품**)



(예시② 해지환급금이 없는 **상품**)



3. 갱신 시 보험료인상 가능성

갱신형 담보의 경우 **갱신 시 보험료가 변동될 수** 있습니다.

! 주의

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

갱신 시 보험료가 인상될 수 있는 계약

해당 담보 : 담보명 앞에 "갱신형"이 붙어 있는 담보

4. 실손보상형 담보 / 실손의료보험

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

실손형 담보
[중복가입 부적절]
중복가입시
비례보상

! 주의

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

② 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보에 가입하여 **불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의**하시기 바랍니다.

실손보상형 담보

가족일상생활중배상책임, 법률비용, 가전제품수리비용

5. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

❶ 보장성보험

보장성보험
[사망, 상해, 질병 등]

! 주의

① 이 보험은 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**

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

③ 가입한 **특약**의 경우 기본계약과 **보험기간이 다릅니다.**
(특약별 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다.)

❷ 금리연동형 보험(적립보험료 운영 상품에 한함)

금리연동형
[적용금리변동]

최저이율
보장
0.3%

! 주의

① 이 보험의 **보험료 적립금 산출**에 적용되는 **이율**은 **매월 변동**됩니다.

② 동 **이율**은 납입한 적립보험료에서 **계약체결·유지관리에 필요한 경비 및 위험보장을 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용**됩니다.

③ 이 보험의 **최저보증이율***은 **연복리 0.3%**입니다.
*자산운용이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도

❸ 예금자보험제도에 관한 사항

! 주의

① 이 보험은 예금자보험법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.

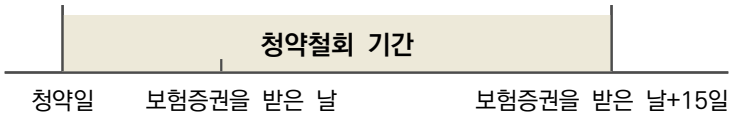
② 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해지환금금(또는 만기시 보험금이나 사고보험금)과 기타 지급금을 합하여 **1인당 "최고 5천만원"이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.**

Ⅲ 보험계약의 일반사항

1. 청약을 철회할 수 있는 권리

보통약관 제20조

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



주의

[청약철회가 불가한 경우]

① 청약일부터 30일(만65세 이상 보험계약자&전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 초과한 경우

② 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약

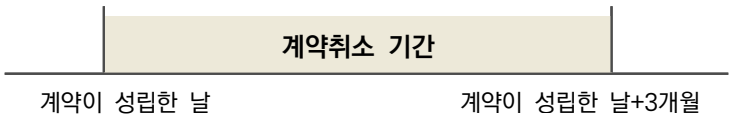
2. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

보통약관 제21조

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

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

〈계약 취소 시 지급하는 금액〉
납입한 보험료 + 이자



3. 보험계약의 무효

보통약관 제22조

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

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

4. 보험계약前 알릴의무 및 위반시효과

보통약관 제15조, 제17조

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

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

주의

① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사**에게만 **구두**로 알렸을경우 **보험계약前 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**

② **전화 등 통신수단을 통한 보험계약**의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항**을 **대신**하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

민원사례

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

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

법률지식

[대법원 2007.6.28.선고 2006다59837]

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

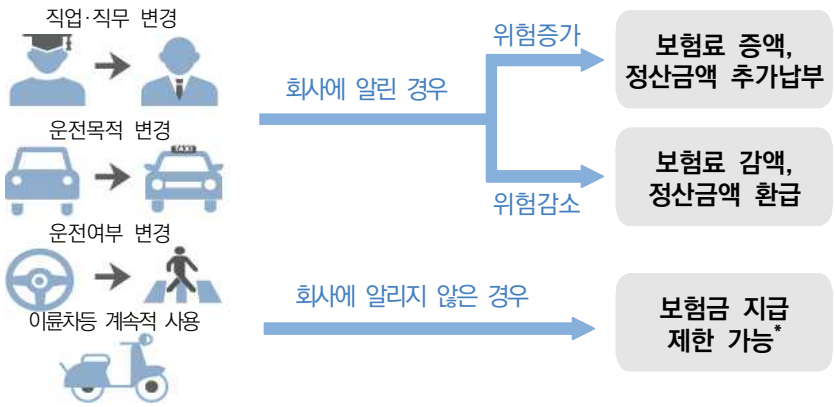
5. 보험계약後 알릴 의무 및 위반시효과

보통약관 제16조, 제17조

보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무변경 등이 발생**한 경우 **지체없이** 보험회사에 알려야 하며, 이를 **위반**하는 경우 **보험금 지급이 제한**될 수 있습니다.

주의

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로
① **위험**이 **감소**한 경우 **보험료**를 **감액**하고 **정산금액**을 **환급**하여 드리며,
② **위험**이 **증가**한 경우 **보험료**가 **증액**되고 **정산금액**의 **추가 납입**이 **필요**할 수 있습니다.



* 이륜자동차 및 원동기장치 자전거 등의 경우, 보험요율에 따른 인수가 이루어지지 않기 때문에, 계속적 사용 사실을 보험회사에 알리지 않은 경우 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

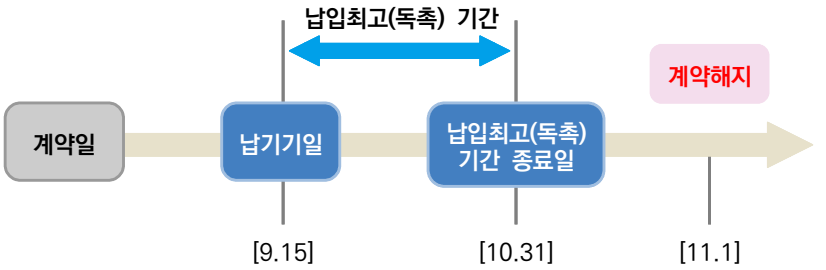
6. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

보통약관 제29조

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

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

[예시]



※ 납부독촉(독촉) 기간 내에 보험료를 내지 않으면 보험계약이 해지됩니다.

- 납부연체: ①보험료 납입이 연체 중이거나
  ②유니버설 상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없는 경우

7. 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

보통약관 제30조

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

주의

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

보험료 미납으로 인한 계약의 해지	해지 후 3년이내 부활 청약	건강상태, 직업 등 심사	승낙 or 거절 또는 일부 보장제한

8. 보험계약대출

보통약관 제36조

보험계약자는 보험계약의 해지환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

주의

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

[예시]

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

9. 보험금청구절차 및 서류

보통약관 제7조, 제8조

보험금은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급합니다.
(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 30영업일 이내의 기간이 소요될 수 있습니다.)

보험금 청구문의 (서류안내) → 보험금 청구 (서류접수) → 보험금 지급심사 (필요하면 손해사정 또는 조사) → 보험금 지급 (심사결과안내)

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

주의

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

보험금 청구서류							
구분		진단서	입·퇴원 확인서	수술 확인서	통원 확인서	기타	공통
사망		● (사망진단서)				영상자료 등	청구서 신분증 개인정보동의서
장해		● (장해진단서)				장해내용에 따라 영상 자료 등	
진단		●				진단사실 확인서류 (검사결과지, 영상 등)	
입원		●	●				
수술		●		●		진료비세부내역서 수술기록지	
실손		●	● (입원시)	● (수술시)	● (통원시)	비급여 발생시 진료비 세부내역서	
치아		치과치료 확인서	진료차트	X-ray영상	진료비 세부내역서	기타	
	보철	●	●	●			
	보존	●	●	△			
	그 외	△	△	△	△	담보별로 필요서류가 상이하니 홈페이지내 청구서류안내 참조	

주) 보험사고의 종류, 내용, 청구담보 등에 따라 추가서류가 필요할 수 있습니다.

목 차

약관 이용 Guide Book ····· 15
약관 요약서 ····· 21
가입자 유의사항 ····· 69
주요내용 요약서 ····· 74
보험용어 해설 ····· 80

무배당 내Mom같은 베이비보험2206 보통약관

제1절 일반조항 ····· 85
제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 85
제1조(목적) ····· 85
제2조(용어의 정의) ····· 85

제2관 보험금의 지급 ····· 87
제3조(보험금의 지급사유) ····· 87
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 88
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 88
제6조(보험금 지급사유 등의 통지) ····· 88
제7조(보험금 등의 청구) ····· 89
제8조(보험금의 지급절차) ····· 89
제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항) ····· 91
제10조(만기환급금의 지급) ····· 92
제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급) ····· 92
제11조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 93
제12조(주소변경통지) ····· 93
제13조(보험수익자의 지정) ····· 93
제14조(대표자의 지정) ····· 94

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 94
제15조(계약 전 알릴 의무) ····· 94
제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 95
제17조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 97
제18조(사기에 의한 계약) ····· 99

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 99
제19조(보험계약의 성립) ····· 99

제20조(청약의 철회) ····· 100
제21조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 101
제22조(계약의 무효) ····· 103
제23조(계약내용의 변경 등) ····· 105
제24조(보험나이 등) ····· 106
제25조(계약의 소멸) ····· 106

제5관 보험료의 납입 ·····107
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 107
제27조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 108
제27조의1(보험료의 납입면제) ····· 108
제27조의2(납입면제에 관한 세부규정) ····· 109
제27조의3(암(유사암제외), 유사암, 뇌혈관질환, 허혈성심장질환, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정) ····· 110
제28조(보험료의 자동대출납입) ····· 113
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 114
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활 (효력회복)) ···· 115
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ·· 115

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ·····117
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 117
제32조의1(위법계약의 해지) ····· 117
제33조(중대사유로 인한 해지) ····· 118
제34조(회사의 파산선고와 해지) ····· 118
제35조(해지환급금) ····· 118
제36조(보험계약대출) ····· 119
제37조(배당금의 지급) ····· 120
제38조(중도인출) ····· 120
제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항) ····· 121

제7관 분쟁의 조정 등 ·····121
제40조(분쟁의 조정) ····· 121
제41조(관할법원) ····· 122
제42조(소멸시효) ····· 122
제43조(약관의 해석) ····· 122
제44조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····· 122
제45조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경) ····· 123
제46조(회사의 손해배상책임) ····· 123
제47조(개인정보보호) ····· 124
제48조(준거법) ····· 124
제49조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 124

제2절 보장조항 ····· 126
2-1. 일반상해후유장해(3~100%)보장 ····· 126
2-2. 일반상해사망보장 ····· 128

무배당 내Mom같은 베이비보험2206 특별약관

Ⅰ. 상해관련 특별약관 ····· 131
1-1. 일반상해80%이상후유장해보장 특별약관 ····· 131
1-2. 일반상해후유장해(3~100%)보장 특별약관 ····· 133
1-3. 일반상해후유장해(20~100%)보장 특별약관 ····· 135
1-4. 팔 및 손가락 후유장해보장 특별약관 ····· 137
1-5. 대중교통이용중 교통상해후유장해(3~100%)보장 특별약관 ····· 139
1-6. 비운전자용 교통상해후유장해(3~100%)보장 특별약관 ····· 142
1-7. 특정여가활동중상해후유장해(3~100%)보장 특별약관 ····· 145
1-8. 자전거탑승중상해후유장해(3~100%)보장 특별약관 148
1-9. 일반상해80%이상후유장해 재활자금보장 특별약관 151
1-10. 일반상해 50%이상후유장해 재활자금보장 특별약관 ····· 154
1-11. 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 157
1-12. 일반상해입원일당(1일이상)추가보장 특별약관 · 157
1-13. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관 157
1-14. 일반상해입원일당(4일이상)보장 특별약관 ····· 159
1-15. 일반상해중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관161
1-16. 갱신형 일반상해중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 161
1-17. 골절(치아파절 제외)진단비Ⅱ보장 특별약관 ····· 164
1-18. 갱신형 골절(치아파절 제외)진단비Ⅱ보장 특별약관 164
1-19. 골절진단비Ⅱ보장 특별약관 ····· 166
1-20. 갱신형 골절진단비Ⅱ보장 특별약관 ····· 166
1-21. 신화상치료비보장 특별약관 ····· 168
1-22. 신화상치료비Q보장 특별약관 ····· 168
1-23. 골절수술비Ⅱ보장 특별약관 ····· 172
1-24. 골절수술비ⅡQ보장 특별약관 ····· 172

1-25. 상해사고부상치료비보장 특별약관 ····· 175
1-26. 5대골절진단비보장 특별약관 ····· 177
1-27. 5대골절수술비보장 특별약관 ····· 178
1-28. 5대골절수술비Q보장 특별약관 ····· 178
1-29. 비운전자용 교통상해 골절진단비Ⅱ보장 특별약관 181
1-30. 비운전자용 교통상해 골절수술비Ⅱ보장 특별약관 183
1-31. 상해수술비보장 특별약관 ····· 186
1-32. 상해수술비추가보장 특별약관 ····· 186
1-33. 갱신형 상해수술비보장 특별약관 ····· 186
1-34. 상해수술비Q보장 특별약관 ····· 186
1-35. 상해수술비Q추가보장 특별약관 ····· 186
1-36. 갱신형 상해수술비Q보장 특별약관 ····· 186
1-37. 상해흉터복원수술비보장 특별약관 ····· 190
1-38. 중대한특정상해수술비보장 특별약관 ····· 193
1-39. 비운전자용자동차사고부상치료비(Ⅱ)보장 특별약관 196
1-40. 비운전자용 자동차사고부상치료비(1~3급)보장
특별약관 ····· 199
1-41. 일반상해수술입원일당(1일이상 20일한도)보장
특별약관 ····· 202
1-42. 일반상해수술입원일당(1일이상 20일한도)Q보장
특별약관 ····· 202
1-43. 심한상해수술비보장 특별약관 ····· 207
1-44. 종합병원 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관 210
1-45. 신골절치료비(치아파절포함)보장 특별약관 ····· 213
1-46. 갱신형 신골절치료비(치아파절포함)보장 특별약관 213
1-47. 상급종합병원 일반상해입원일당(1일이상)보장
특별약관 ····· 216
1-48. 일반상해입원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관 219
1-49. 상급병실(1인실) 상급종합병원일반상해입원일당
(1일이상 10일한도)보장특별약관 ····· 221
1-50. 수술비(1~7종, 연간3회한)[상해]보장 특별약관225
1-51. 갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)[상해]보장
특별약관 ····· 225
1-52. 수술비(1~7종, 연간3회한)(태아고급형)[상해]보장
특별약관 ····· 232
1-53. 갱신형 수술비(1~7종,
연간3회한)(태아고급형)[상해]보장 특별약관 ··· 232

1-54. 특정외상성손상진단비보장 특별약관 ····· 239
1-55. 특정상해진단비보장 특별약관 ····· 241

Ⅱ. 질병관련 특별약관 ····· 243
2-1. 종합병원 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관 · 243
2-2. 종합병원 질병입원일당(1일이상)Q보장 특별약관 243
2-3. 암진단비(유사암제외)보장 특별약관 ····· 248
2-4. 암진단비(유사암제외)추가보장 특별약관 ····· 248
2-5. 갱신형 암진단비(유사암제외)보장 특별약관 ····· 248
2-6. 유사암진단비보장 특별약관 ····· 251
2-7. 유사암진단비추가보장 특별약관 ····· 251
2-8. 갱신형 유사암진단비보장 특별약관 ····· 251
2-9. 5대고액치료비암진단비보장 특별약관 ····· 254
2-10. 암수술비(유사암제외)보장 특별약관 ····· 256
2-11. 갱신형 암수술비(유사암제외)보장 특별약관 ····· 256
2-12. 유사암수술비보장 특별약관 ····· 260
2-13. 갱신형 유사암수술비보장 특별약관 ····· 260
2-14. 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)보장 특별약관 ····· 264
2-15. 갱신형 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)보장 특별약관 ····· 264
2-16. 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도)보장 특별약관 ····· 269
2-17. 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 60일한도)보장 특별약관 ····· 273
2-18. 항암방사선약물치료비보장 특별약관 ····· 277
2-19. 갱신형 항암방사선약물치료비보장 특별약관 ···· 277
2-20. 뇌졸중진단비보장 특별약관 ····· 281
2-21. 뇌졸중진단비추가보장 특별약관 ····· 281
2-22. 갱신형 뇌졸중진단비보장 특별약관 ····· 281
2-23. 급성심근경색증진단비보장 특별약관 ····· 283
2-24. 급성심근경색증진단비추가보장 특별약관 ····· 283
2-25. 갱신형 급성심근경색증진단비보장 특별약관 ···· 283
2-26. 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 285
2-27. 질병입원일당(1일이상)추가보장 특별약관 ····· 285
2-28. 갱신형 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관 ··· 285
2-29. 질병입원일당(1일이상)Q보장 특별약관 ····· 285

2-30. 질병입원일당(1일이상)Q추가보장 특별약관 ····· 285
2-31. 갱신형 질병입원일당(1일이상)Q보장 특별약관 285
2-32. 질병입원일당(4일이상)보장 특별약관 ····· 289
2-33. 질병중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관 292
2-34. 갱신형 질병중환자실 입원일당(1일이상)보장
특별약관 ····· 292
2-35. 질병중환자실 입원일당(1일이상)Q보장 특별약관 292
2-36. 갱신형 질병중환자실 입원일당(1일이상)Q보장
특별약관 ····· 292
2-37. 7대질병입원일당보장 특별약관 ····· 297
2-38. 질병수술비보장 특별약관 ····· 300
2-39. 질병수술비추가보장 특별약관 ····· 300
2-40. 갱신형 질병수술비보장 특별약관 ····· 300
2-41. 질병수술비Q보장 특별약관 ····· 300
2-42. 질병수술비Q추가보장 특별약관 ····· 300
2-43. 갱신형 질병수술비Q보장 특별약관 ····· 300
2-44. 조혈모세포이식수술비보장 특별약관 ····· 304
2-45. 호흡기관련질병수술비보장 특별약관 ····· 307
2-46. 충수염수술비보장 특별약관 ····· 310
2-47. 당뇨병수술비보장 특별약관 ····· 313
2-48. 특정전염병진단비보장 특별약관 ····· 316
2-49. 양성뇌종양진단비Ⅱ보장 특별약관 ····· 317
2-50. 4대양성종양진단비보장 특별약관 ····· 319
2-51. 암진단비(유사암 및 소액암 제외)보장 특별약관 325
2-52. 이차암진단비보장 특별약관 ····· 328
2-53. 환경성질환입원일당보장 특별약관 ····· 334
2-54. 추간판장애(디스크질환)수술비보장 특별약관 ··· 336
2-55. 질병수술입원일당(1일이상 20일한도)보장
특별약관 ····· 338
2-56. 질병수술입원일당(1일이상 20일한도)Q보장
특별약관 ····· 338
2-57. 뇌혈관질환진단비보장 특별약관 ····· 344
2-58. 뇌혈관질환진단비 추가보장 특별약관 ····· 344
2-59. 갱신형 뇌혈관질환진단비보장 특별약관 ····· 344
2-60. 허혈성심장질환진단비보장 특별약관 ····· 347
2-61. 허혈성심장질환진단비 추가보장 특별약관 ····· 347
2-62. 갱신형 허혈성심장질환진단비보장 특별약관 ···· 347

2-63. 뇌졸중진단비보장(태아가입용)특별약관 ····· 350
2-64. 뇌졸중진단비추가보장(태아가입용) 특별약관 ··· 350
2-65. 갱신형 뇌졸중진단비보장(태아가입용) 특별약관 350
2-66. 뇌혈관질환진단비보장(태아가입용) 특별약관 ··· 353
2-67. 뇌혈관질환진단비추가보장(태아가입용)특별약관 353
2-68. 갱신형 뇌혈관질환진단비보장(태아가입용)
특별약관 ····· 353
2-69. 희귀난치성 7대질환진단비보장 특별약관 ····· 357
2-70. 16대특정암진단비보장 특별약관 ····· 359
2-71. 갱신형 16대특정암진단비보장 특별약관 ····· 359
2-72. 2대질병입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 362
2-73. 2대질병수술비보장 특별약관 ····· 365
2-74. 특정희귀난치성질환입원일당보장 특별약관 ····· 368
2-75. 특정희귀난치성질환수술비보장 특별약관 ····· 371
2-76. 질병후유장해(3~100%)보장 특별약관 ····· 374
2-77. 질병후유장해(3~100%)추가보장 특별약관 ····· 374
2-78. 갱신형 질병후유장해(3~100%)보장 특별약관 · 374
2-79. 시청각질환수술비보장 특별약관 ····· 376
2-80. 컴퓨터과잉질환(VDT증후군)입원일당
(1일이상)보장 특별약관 ····· 378
2-81. 정신질병장애진단비보장 특별약관 ····· 381
2-82. 만성당뇨합병증진단비보장 특별약관 ····· 383
2-83. 결핵진단비보장 특별약관 ····· 385
2-84. 매월 첫번째암치료비(유사암제외)보장 특별약관 387
2-85. 매월 유사암치료비보장 특별약관 ····· 390
2-86. 매월 계속암치료비보장 특별약관 ····· 393
2-87. 말기신부전증진단비보장 특별약관 ····· 401
2-88. 뇌혈관질환수술비보장 특별약관 ····· 403
2-89. 갱신형 뇌혈관질환수술비보장 특별약관 ····· 403
2-90. 허혈성심장질환수술비보장 특별약관 ····· 406
2-91. 갱신형 허혈성심장질환수술비보장 특별약관 ···· 406
2-92. 131대질병수술비보장 특별약관 ····· 409
2-93. 갱신형 131대질병수술비보장 특별약관 ····· 409
2-94. 32대질병관혈수술비(연간1회한)보장 특별약관 415
2-95. 갱신형 32대질병관혈수술비(연간1회한)보장
특별약관 ····· 415
2-96. 5대질환수술비(Ⅱ)(연간1회한)보장 특별약관 ···· 420

2-97. 갱신형 5대질환수술비(Ⅱ)(연간1회한)보장
특별약관 ····· 420
2-98. 질병80%이상후유장해보장 특별약관 ····· 424
2-99. 갑상선암(초기제외)진단비보장 특별약관 ····· 426
2-100. 상급종합병원질병입원일당(1일이상)보장 특별약관 428
2-101. 상급종합병원질병입원일당(1일이상)Q보장
특별약관 ····· 428
2-102. 질병입원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관 433
2-103. 질병입원일당(1일이상 30일한도)Q보장 특별약관 433
2-104. 재진단암진단비(1년 대기형)보장 특별약관 ····· 436
2-105. 재진단암진단비(2년 대기형)보장 특별약관 ····· 443
2-106. 갑상선기능항진증치료비보장 특별약관 ····· 450
2-107. 질병수술비(특정5대질병 제외)보장 특별약관 · 453
2-108. 갱신형 질병수술비(특정5대질병 제외)보장
특별약관 ····· 453
2-109. 질병수술비(특정5대질병 제외)Q보장 특별약관453
2-110. 갱신형 질병수술비(특정5대질병 제외)Q보장
특별약관 ····· 453
2-111. 중대한재생불량성빈혈진단비보장 특별약관 ···· 458
2-112. 상급병실(1인실) 상급종합병원질병입원일당
(1일이상 10일한도)보장 특별약관 ····· 460
2-113. 상급병실(1인실) 상급종합병원질병입원일당
(1일이상 10일한도)Q보장 특별약관 ····· 460
2-114. 계속받는 항암방사선약물치료비(급여)
(연간1회한)보장 특별약관 ····· 465
2-115. 암직접치료통원일당(상급종합병원)보장 특별약관 469
2-116. 뇌졸중통원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관474
2-117. 급성심근경색증통원일당(1일이상 30일한도)보장
특별약관 ····· 478
2-118. 수술비(1~7종, 연간3회한)[질병]보장 특별약관 482
2-119. 갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)[질병]보장
특별약관 ····· 482
2-120. 항암가발비용보장 특별약관 ····· 490
2-121. 수술비(1~7종, 연간3회한)(태아고급형)[질병]보장
특별약관 ····· 493
2-122. 갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)(태아고급형)
[질병]보장 특별약관 ····· 493

2-123. 천식지속상태(급성중증천식)진단비보장 특별약관 501
2-124. 급성신우신염진단비보장 특별약관 ····· 503
2-125. 건선특정치료비(급여, 연간1회한)보장 특별약관 505
2-126. 독감(인플루엔자)및특정9대감염병입원일당
(1일이상 30일한도)보장 특별약관 ····· 509

Ⅲ. 상해·질병관련 특별약관 ····· 513
3-1. 5대장기이식수술비보장 특별약관 ····· 513
3-2. 깁스치료비보장 특별약관 ····· 516
3-3. 각막이식수술비보장 특별약관 ····· 518
3-4. 응급실내원비(응급)보장 특별약관 ····· 520
3-5. 응급실내원비(비응급)보장 특별약관 ····· 523
3-6. 응급실내원비(비응급)Q보장 특별약관 ····· 523
3-7. 신깁스치료비보장 특별약관 ····· 528
3-8. 갱신형 신깁스치료비보장 특별약관 ····· 528
3-9. 보험료납입면제진단비(50%이상후유장해 및
9대질병진단)보장 특별약관 ····· 531
3-10. 50%이상후유장해 및 9대질병진단(페이백
기본형)보장 특별약관 ····· 537
3-11. 50%이상후유장해 및 9대질병진단(페이백
만기확장형)보장 특별약관 ····· 544
3-12. 아나필락시스진단비(응급, 연간1회한)보장
특별약관 ····· 551
3-13. 7대장기이식대기등록보장 특별약관 ····· 554

Ⅳ. 비용관련 특별약관 ····· 556
4-1. 의료사고법률비용보장 특별약관 ····· 556

Ⅴ. 별표 ····· 558
【별표-공통1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(보통약관 제1절 일반조항 제8조 제5항, 제10조
제3항, 10조의1 제3항 및 제35조 제2항 관련) 558
【별표-공통2】 장해분류표 ····· 560
【별표-공통3】 장애인의 종류 및 기준(정신장애인) ··· 592
【별표-상해1】 골절(치아파절 제외) 분류표Ⅱ ····· 593
【별표-상해2】 골절 분류표Ⅱ ····· 595
【별표-상해3】 화상 분류표 ····· 597
【별표-상해4】 5대골절 분류표 ····· 598

【별표-상해5】 중대한 특정상해 분류표 ····· 599
【별표-상해6】 자동차사고 부상 등급표 ····· 600
【별표-상해7】 신경 및 장기손상 분류표 ····· 616
【별표-상해8】 신골절치료비(치아파절포함) 보험금
지급률표 ····· 618
【별표-상해9】 상해사고분류표 ····· 623
【별표-상해10】 상해사고부상등급표 ····· 624
【별표-상해11】 특정외상성손상 분류표 ····· 629
【별표-상해12】 특정상해(1~5급) 분류표 ····· 631
【별표-질병1】 5대질환 분류표 ····· 652
【별표-질병2】 악성신생물(암) 분류표 ····· 654
【별표-질병3】 제자리신생물 분류표 ····· 656
【별표-질병4】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
분류표 ····· 657
【별표-질병5】 5대고액치료비암 분류표 ····· 659
【별표-질병6】 뇌졸중대상질병 분류표 ····· 661
【별표-질병7】 백내장 분류표 ····· 662
【별표-질병8】 급성심근경색증대상질병 분류표 ····· 663
【별표-질병9】 심장질환 분류표 ····· 664
【별표-질병10】 급여 항암방사선치료 분류표 ····· 665
【별표-질병11】 급여 항암약물 분류표 ····· 668
【별표-질병12】 호흡기관련질병 분류표 ····· 669
【별표-질병13】 충수염(맹장염) 분류표 ····· 670
【별표-질병14】 당뇨병질환 분류표 ····· 671
【별표-질병15】 특정전염병 분류표 ····· 672
【별표-질병16】 컴퓨터과잉질환(VDT증후군) 분류표 · 674
【별표-질병17】 환경성질환 분류표 ····· 675
【별표-질병18】 추간판장애 분류표 ····· 677
【별표-질병19】 기관(organ)분류표 ····· 678
【별표-질병20】 뇌혈관질환 분류표 ····· 681
【별표-질병21】 허혈성심장질환 분류표 ····· 682
【별표-질병22】 뇌졸중대상질병(신생아뇌출혈포함)
분류표 ····· 683
【별표-질병23】 뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함) 분류표 684
【별표-질병24】 희귀난치성 7대질환 분류표 ····· 685
【별표-질병25】 16대특정암 분류표 ····· 686
【별표-질병26】 특정희귀난치성질환 분류표 ····· 688

【별표-질병27】 관절염·생식기질환 분류표 ····· 693
【별표-질병28】 시청각질환 분류표 ····· 695
【별표-질병29】 치핵 분류표 ····· 696
【별표-질병30】 특정31대질병 분류표 ····· 697
【별표-질병31】 다빈도64대질병 분류표 ····· 702
【별표-질병32】 32대질병 분류표 ····· 710
【별표-질병32】 갑상선기능항진증대상질병 분류표 ···· 718
【별표-질병34】 만성당뇨합병증 분류표 ····· 719
【별표-질병35】 양성뇌종양(경계성종양제외) 대상질병
분류표 ····· 721
【별표-질병36】 7대질병 분류표 ····· 722
【별표-질병37】 후각특정질환 분류표 ····· 724
【별표-질병38】 결핵분류표 ····· 725
【별표-질병39】 대장 양성종양및특정폴립 분류표 ····· 727
【별표-질병40】 위,십이지장,소화계통
양성종양및특정폴립 분류표 ····· 728
【별표-질병41】 중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양
분류표 ····· 729
【별표-질병42】 골,관절연골 양성종양 분류표 ····· 730
【별표-질병43】 천식지속상태 분류표 ····· 731
【별표-질병44】 급성신우신염 분류표 ····· 732
【별표-질병45】 건선 분류표 ····· 733
【별표-질병46】 독감(인플루엔자) 분류표 ····· 734
【별표-질병47】 특정9대감염병 분류표 ····· 735
【별표-질병48】 특정다빈도29대질병 분류표 ····· 737
【별표-상해·질병1】 1~7종 수술분류표 ····· 739
【별표-상해·질병2】 아나필락시스 분류표 ····· 771
【별표-상해·질병3】 1~7종 수술분류표Ⅱ ····· 772
【별표1】 특정신체부위・질병 분류표 ····· 794
- 【별표1-1】 특정신체부위 분류표 ····· 794
- 【별표1-2】 특정질병 분류표 ····· 796

기타 제도성 특별약관

출생전자녀가입 특별약관 ····· 805
피보험자추가보장 특별약관 ····· 810

자동갱신 특별약관 ····· 811
계약전환 특별약관 ····· 814
특정 신체부위・질병 보장제한부 인수 특별약관 ····· 820
이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관 ····· 823
사망보험금 양육연금전환 특별약관 ····· 826
전자서명 특별약관 ····· 830
지정대리청구서비스 특별약관 ····· 832
보험료 자동납입 특별약관 ····· 834
특별조건부(할증보험료법) 특별약관 ····· 835
장애인전용보험전환 특별약관 ····· 837

무배당 출산보장 특별약관2206

가입자 유의사항 ····· 845
주요내용 요약서 ····· 847
보험용어 해설 ····· 852

제1절 일반조항 ····· 855
제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 855
제1조(목적) ····· 855
제2조(용어의 정의) ····· 855

제2관 보험금의 지급 ····· 857
제3조(피보험자의 범위) ····· 857
제4조(특별약관의 체결) ····· 857
제5조(보험금의 지급사유) ····· 857
제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 857
제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 857
제8조(보험금 지급사유의 통지) ····· 857
제9조(보험금 등의 청구) ····· 857
제10조(보험금의 지급절차) ····· 858
제11조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 859
제12조(주소변경통지) ····· 859
제13조(보험수익자의 지정) ····· 860
제14조(대표자의 지정) ····· 860

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 860
제15조(계약 전 알릴 의무) ····· 860

제16조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 861
제17조(사기에 의한 계약) ····· 862

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 863
제18조(보험계약의 성립) ····· 863
제19조(청약의 철회) ····· 864
제20조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 865
제21조(계약의 무효) ····· 867
제22조(계약내용의 변경 등) ····· 868
제23조(보험나이 등) ····· 869
제24조(특별약관의 소멸) ····· 870

제5관 보험료의 납입 ····· 870
제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 870
제26조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 870
제27조(보험료의 납입면제에 관한사항) ····· 870
제28조(보험료의 자동대출납입) ····· 870
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 871
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활 (효력회복)) ····· 872
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ·· 873

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 874
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 874
제32조의1(위법계약의 해지) ····· 874
제33조(중대사유로 인한 해지) ····· 875
제34조(회사의 파산선고와 해지) ····· 875
제35조(해지환급금) ····· 875
제36조(보험계약대출) ····· 876
제37조(배당금의 지급) ····· 876

제7관 분쟁의 조정 등 ····· 876
제38조(분쟁의 조정) ····· 876
제39조(관할법원) ····· 876
제40조(소멸시효) ····· 876
제41조(약관의 해석) ····· 877
제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····· 877
제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경) ····· 877
제44조(회사의 손해배상책임) ····· 878
제45조(개인정보보호) ····· 879
제46조(준거법) ····· 879
제47조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 879

제2절 보장조항 ····· 880
1. 저체중아(2.5kg이하)입원일당(3일이상 60일한도)보장 특별약관 ····· 880
2. 신생아입원일당(4일이상 120일한도)보장 특별약관 881
3. 출생위험(II)보장 특별약관(저체중아(2.0kg이하) 출생, 장해 출생, 심한장해 출생) ····· 883
4. 출생위험(III)보장 특별약관(저체중아(2.5kg이하) 출생, 저체중아(2.0kg이하) 출생, 장해 출생, 심한장해 출생) 886
5. 임신27주이내 조산치료비보장 특별약관 ····· 889
6. 선천이상진단비보장 특별약관 ····· 890
7. 특정선천이상진단비보장 특별약관 ····· 892
8. 특정출생장해돌봄자금보장 특별약관 ····· 894
9. 신생아입원일당(1일이상 120일한도)보장 특별약관 896
10. 저체중아(2.5kg이하)출생보장 특별약관 ····· 898
11. 태아올페이백(특정선천이상진단비)보장 특별약관 900
12. 출생위험(III)(무사고지급형)보장 특별약관 (저체중아(2.5kg이하) 출생, 저체중아(2.0kg이하) 출생, 장해 출생, 심한장해 출생) ····· 902
13. 신생아특정질환및외상진단비보장 특별약관 ····· 906
14. 신생아질환수술비보장 특별약관 ····· 908
15. 신생아 인큐베이터입원일당(1일이상 120일한도)보장 특별약관 ····· 911

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (특별약관 제1절 일반조항 제10조 제5항 및 제35조 제2항, 제2절 보장조항 출생위험(III)(무사고지급형)보장 특별약관 제2조 제1항 관련) ····· 913
【별표2】 출생전후기에 발생한 주요병태 분류표 ····· 915
【별표3】 장해의 대상 ····· 916
【별표4】 심한 장해의 대상 ····· 918
【별표5】 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 ····· 919
【별표6】 특정 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 ····· 920
【별표7】 신생아 특정호흡기질환 분류표 ····· 921
【별표8】 신생아 특정복부장기질환 분류표 ····· 922
【별표9】 신생아 특정출산외상 분류표 ····· 923

무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206

가입자 유의사항 ····· 927
주요내용 요약서 ····· 929
보험용어 해설 ····· 934

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 937
제1조(목적) ····· 937
제2조(용어의 정의) ····· 937

제2관 보험금의 지급 ····· 939
제3조(피보험자의 범위) ····· 939
제4조(보험금의 지급사유) ····· 939
제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 939
제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 940
제7조(보험금 지급사유의 통지) ····· 941
제8조(보험금 등의 청구) ····· 941
제9조(보험금의 지급절차) ····· 941
제10조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 943
제11조(주소변경통지) ····· 943
제12조(보험수익자의 지정) ····· 943
제13조(대표자의 지정) ····· 943

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 944
제14조(계약 전 알릴 의무) ····· 944
제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 945
제16조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 947
제17조(사기에 의한 계약) ····· 948

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 948
제18조(보험계약의 성립) ····· 948
제19조(청약의 철회) ····· 950
제20조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 951
제21조(계약의 무효) ····· 952
제22조(계약내용의 변경 등) ····· 954
제23조(보험나이 등) ····· 955
제24조(보험기간) ····· 955
제25조(특별약관의 소멸) ····· 956

제5관 보험료의 납입 ····· 956
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 956

제27조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 957
제27조의1(보험료의 납입면제에 관한사항) ····· 957
제28조(보험료의 자동대출납입) ····· 957
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 958
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활 (효력회복)) ···· 959
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ·· 959

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ·····960
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 960
제32조의1(위법계약의 해지) ····· 961
제33조(중대사유로 인한 해지) ····· 961
제34조(회사의 파산선고와 해지) ····· 962
제35조(해지환급금) ····· 962
제36조(보험계약대출) ····· 962
제37조(배당금의 지급) ····· 962

제7관 분쟁의 조정 등 ·····963
제38조(분쟁의 조정) ····· 963
제39조(관할법원) ····· 963
제40조(소멸시효) ····· 963
제41조(약관의 해석) ····· 963
제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····· 964
제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경) ····· 964
제44조(회사의 손해배상책임) ····· 965
제45조(개인정보보호) ····· 965
제46조(준거법) ····· 965
제47조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 966

무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206
추가특별약관

1. 보호자 임신・출산질환입원일당보장 추가특별약관 969
2. 보호자 임신・출산질환수술비보장 추가특별약관 ··· 972
3. 보호자 유산입원일당보장 추가특별약관 ····· 975
4. 보호자 유산수술비보장 추가특별약관 ····· 977
5. 보호자 임신・출산질환 고혈압당뇨병입원일당보장
   추가특별약관 ····· 979
6. 보호자 여성산과관련자궁적출수술비보장 추가특별약관 982
7. 보호자 태반조기박리진단비보장 추가특별약관 ····· 985
8. 보호자 임신중독증(자간포함)진단비보장 추가특별약관 987

9. 보호자 유산진단비보장 추가특별약관 ····· 989
10. 보호자 출산전선별검사이상소견진단비 보장
추가특별약관 ····· 991
11. 보호자 여성산과관련질병사망보장 추가특별약관 · 993
12. 보호자 특정고위험산모질환진단비
(가사도우미지원)보장 추가특별약관 ····· 995
12-1. 가사도우미지원 프로그램(보호자
특정고위험산모질환진단비) 추가특별약관 ····· 997
13. 보호자 분만전후출혈수혈치료비(최초1회한)보장
추가특별약관 ····· 999
14. 보호자 자궁경관봉축술치료비(급여)보장
추가특별약관 ····· 1001
15. 보호자 특정산과적외상진단비보장 추가특별약관 1003

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제9조 제5항 및 제35조 제2항 관련) ···· 1005
【별표2】 여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병
분류표 ····· 1006
【별표3】 임신・출산관련질환 분류표 ····· 1007
【별표4】 유산 분류표 ····· 1008
【별표5】 임신・출산관련 고혈압・당뇨병 분류표 ···· 1009
【별표6】 자궁적출수술 분류표 ····· 1010
【별표7】 태반조기박리 분류표 ····· 1011
【별표8】 임신중독증(자간포함) 분류표 ····· 1012
【별표9】 산전 선별검사 이상소견 분류표 ····· 1013
【별표10】 특정고위험산모질환 분류표 ····· 1014
【별표11】 분만전후출혈 분류표 ····· 1015
【별표12】 가사도우미지원(특정고위험산모질환) 프로그램
세부내용 ····· 1016
【별표13】 임신, 출산 및 산후기질환 분류표 ····· 1017
【별표14】 특정산과적외상 분류표 ····· 1018

무배당 내Mom같은 베이비 추가보장 특별약관2206

가입자 유의사항 ····· 1021
주요내용 요약서 ····· 1025

보험용어 해설 ·····1031

제1절 일반조항 ·····1033

제1관 목적 및 용어의 정의 ·····1033

제1조(목적) ····· 1033

제2조(용어의 정의) ····· 1033

제2관 보험금의 지급 ·····1035

제3조(보험금의 지급사유) ····· 1035

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 1035

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 1035

제6조(보험금 지급사유의 통지) ····· 1036

제7조(보험금의 청구) ····· 1036

제8조(보험금의 지급절차) ····· 1036

제9조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 1038

제10조(주소변경통지) ····· 1038

제11조(보험수익자의 지정) ····· 1038

제12조(대표자의 지정) ····· 1038

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ·····1039

제13조(계약 전 알릴 의무) ····· 1039

제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 1040

제15조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 1042

제16조(사기에 의한 계약) ····· 1043

제4관 보험계약의 성립과 유지 ·····1044

제17조(보험계약의 성립) ····· 1044

제18조(청약의 철회) ····· 1045

제19조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 1046

제20조(계약의 무효) ····· 1048

제21조(계약내용의 변경 등) ····· 1050

제22조(보험나이 등) ····· 1051

제23조(특별약관의 소멸) ····· 1051

제5관 보험료의 납입 ·····1051

제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 1051

제25조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 1052

제25조의1(보험료의 납입면제에 관한사항) ····· 1052

제26조(보험료의 자동대출납입) ····· 1052

제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 1053

제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ··· 1054

제29조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) 1055

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ·····1056
제30조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 1056
제30조의1(위법계약의 해지) ····· 1057
제31조(중대사유로 인한 해지) ····· 1057
제32조(회사의 파산선고와 해지) ····· 1058
제33조(해지환급금) ····· 1058
제34조(보험계약대출) ····· 1058
제35조(배당금의 지급) ····· 1059

제7관 분쟁의 조정 등 ·····1059
제36조(분쟁의 조정) ····· 1059
제37조(관할법원) ····· 1059
제38조(소멸시효) ····· 1059
제39조(약관의 해석) ····· 1059
제40조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····· 1060
제41조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경) ····· 1060
제42조(회사의 손해배상책임) ····· 1061
제43조(개인정보보호) ····· 1061
제44조(준거법) ····· 1062
제45조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 1062

제2절 보상조항 ·····1063
제1장 어린이청소년 관련 특별약관 ·····1063
1-1. 스쿨존내 어린이 교통사고치료비보장 특별약관 1063
1-2. 안전사고피해치료비보장 특별약관(폭력치료비, 유괴인신매매피해치료비) ····· 1066
1-3. 생활질환입원일당보장 특별약관 (아토피피부염·중이염·축농증) ····· 1069
1-4. 어린이12대다발성질환입원일당보장 특별약관 ·· 1071
1-5. 식중독입원일당보장 특별약관 ····· 1074
1-6. 3대장애진단비보장 특별약관 ····· 1076
1-7. 심장관련소아특정질병진단비보장 특별약관 ····· 1079
1-8. 시력치료비보장 특별약관 ····· 1081
1-9. 시력교정비보장 특별약관 ····· 1083
1-10. 다발성소아암진단비보장 특별약관 ····· 1085
1-11. 모야모야병개두수술비보장 특별약관 ····· 1088
1-12. 소아탈장수술비보장 특별약관 ····· 1090
1-13. 소아백혈병진단비보장 특별약관 ····· 1092
1-14. 어린이개흉심장수술비보장 특별약관 ····· 1094
1-15. 중증세균성수막염진단비보장 특별약관 ····· 1095

1-16. ADHD진단비보장 특별약관 ····· 1097
1-17. 진성성조숙증진단비보장 특별약관 ····· 1099
1-18. 소아청소년특정성인병진단비보장 특별약관 ···· 1101
1-19. 유괴납치피해일당보장 특별약관 ····· 1103
1-20. 특정9대감염병진단비(연간1회한)보장 특별약관 1104
1-21. 기흉진단비보장 특별약관 ····· 1106
1-22. 특정이물제거치료비Ⅰ(급여,연간1회한)보장
특별약관 ····· 1108
1-23. 특정이물제거치료비Ⅱ(급여,연간1회한)보장
특별약관 ····· 1110
1-24. 특정요로감염(N39.0)진단비(연간1회한)보장
특별약관 ····· 1112
1-25. 요관역류(Ⅰ~Ⅴ등급)진단비(연간1회한)보장
특별약관 ····· 1114
1-26. 요관역류(Ⅳ~Ⅴ등급)진단비(연간1회한)보장
특별약관 ····· 1117
1-27. 옴(진드기)진단비(연간1회한)보장 특별약관 ···· 1120
1-28. 독액성동물접촉중독진단비(연간1회한)보장
특별약관 ····· 1122
1-29. 아동학대피해치료비(친족제외,연간1회한)보장
특별약관 ····· 1125
1-30. 성장판손상골절진단비보장 특별약관 ····· 1129
1-31. 선천이상수술비Ⅱ보장 특별약관 ····· 1131
1-32. 선천이상입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 1134
1-33. 중증아토피진단비보장 특별약관 ····· 1136
1-34. 어린이심장시술비보장 특별약관 ····· 1138
1-35. 갱신형 영유아시력교정안경치료비(연간1회한)보장
특별약관 ····· 1140
1-36. 특정9대감염병진단비(연간1회한, 태아가입용)보장
특별약관 ····· 1143
1-37. 기흉진단비(태아가입용)보장 특별약관 ····· 1145
1-38. 특정언어장애진단비(연간1회한)보장 특별약관 1148
1-39. 원형탈모증진단비보장 특별약관 ····· 1150
1-40. 갱신형 소아성장호르몬결핍증치료비
(급여,연간1회한)보장 특별약관 ····· 1152
1-41. 특정요로감염(N39.0) 및 신생아요로감염진단비
(연간1회한)보장 특별약관 ····· 1157

1-42. 중등증이상아토피진단비보장 특별약관 ····· 1159
1-43. 사시수술비보장 특별약관 ····· 1161
1-44. 선천이상수술비Ⅲ보장 특별약관 ····· 1163
1-45. 인공와우이식수술비(최초1회한)보장 특별약관 1166
1-46. 아토피진단비보장 특별약관 ····· 1170
1-47. 중증틱장애진단비보장 특별약관 ····· 1172
1-48. 인슐린의존당뇨병진단비보장 특별약관 ····· 1174
1-49. 척추측만증(Cobb's 각도20도이상)진단비보장
특별약관 ····· 1176
1-50. 척추측만증수술비보장 특별약관 ····· 1178
1-51. 여성형유방증(2급이상)수술비(최초1회한) ····· 1180
1-52. 특정단순창상봉합술치료비(급여,연간3회한)보장 1183
1-53. 특정화상처치비(급여,연간5회한)보장 ····· 1186
1-54. 특정선천이상및신경계질환
재활치료비(급여,연간90회한)보장 ····· 1190
1-55. 특정관장처치비(급여,응급실내원)보장 ····· 1195

제2장 치아 관련 특별약관 ····· 1197
2-1. 갱신형 영구치상실치료비(예약)보장 특별약관 · 1197
2-2. 갱신형 치아보철치료비(예약)보장 특별약관 ····· 1202
2-3. 갱신형 치주소파술치료비(예약)보장 특별약관 · 1209
2-4. 갱신형 치아보존치료비(예약)보장 특별약관 ····· 1213
2-5. 갱신형 치아근관치료비(치아신경치료비)(예약)보장
특별약관 ····· 1220
2-6. 갱신형 치석제거(스케일링)치료비(예약)보장 특별약관 1226
2-7. 갱신형 치아촬영비(X-ray 및 파노라마)(예약)보장
특별약관 ····· 1231
2-8. 갱신형 발치치료비(예약)보장 특별약관 ····· 1236
2-9. 갱신형 치면열구전색술(실란트)치료비(예약)보장
특별약관 ····· 1242
2-10. 갱신형 특정 임플란트 치조골
이식술치료비(예약)보장 특별약관 ····· 1246
2-11. 부정교합치료비보장 특별약관 ····· 1252

제3장 간병인지원 입원 관련 특별약관 ····· 1254
3-1-1. 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅱ)(1일이상
180일한도)(3년갱신형)보장 특별약관 ····· 1254

3-1-2. 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅱ)(1일이상 180일한도)(10년갱신형)보장 특별약관 ····· 1254
3-2-1. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(3년갱신형)보장 특별약관 ····· 1262
3-2-2. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(10년갱신형)보장 특별약관 ····· 1262
3-3-1. 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅱ)(1일이상 180일한도)(3년갱신형)보장 특별약관 ····· 1265
3-3-2. 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅱ)(1일이상 180일한도)(10년갱신형)보장 특별약관 ····· 1265
3-4-1. 갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(3년갱신형)보장 특별약관 ····· 1274
3-4-2. 갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(10년갱신형)보장 특별약관 ····· 1274
3-5-1. 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅱ)(1일이상 180일한도)(3년갱신형)Q보장 특별약관 ····· 1278
3-5-2. 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅱ)(1일이상 180일한도)(10년갱신형)Q보장 특별약관 ····· 1278
3-6-1. 갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(3년갱신형)Q보장 특별약관 ····· 1287
3-6-2. 갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(10년갱신형)Q보장 특별약관 ····· 1287

제4장 배상책임 관련 특별약관 ····· 1292
1. 갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅱ)보장 특별약관 1292
2. 갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅲ)보장 특별약관 1307

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (특별약관 제1절 일반조항 제8조 제5항 및 제36조 제2항 관련) 1323
【별표2】 장애인의 종류 및 기준(시각,청각,언어장애인) 1324
【별표3】 아토피피부염・중이염・축농증 분류표 ····· 1325
【별표4】 어린이12대다발성질환 분류표 ····· 1326
【별표5】 식중독 분류표 ····· 1329
【별표6】 요관역류 분류표 ····· 1330
【별표7】 다발성소아암 분류표 ····· 1331
【별표8】 모야모야병 분류표 ····· 1333
【별표9】 탈장 분류표 ····· 1334

【별표10】 소아백혈병 분류표 ····· 1335
【별표11】 옴(진드기) 분류표 ····· 1336
【별표12】 활동성 및 주의력 장애 분류표 ····· 1337
【별표13】 성조숙증 분류표 ····· 1338
【별표14】 소아청소년특정성인병 분류표 ····· 1339
【별표15】 이물사고 분류표 ····· 1341
【별표16】 이물제거치료Ⅰ(급여) 분류표 ····· 1342
【별표17】 이물제거치료Ⅱ(급여) 분류표 ····· 1343
【별표18】 특정9대감염병 분류표 ····· 1344
【별표19】 기흉 분류표 ····· 1346
【별표20】 특정요로감염(N39.0) 분류표 ····· 1347
【별표21】 독액성동물접촉중독 분류표 ····· 1348
【별표22】 성장판부위골절 분류표 ····· 1349
【별표23】 소아성장호르몬결핍증(뇌하수체기능저하)
분류표 ····· 1350
【별표24】 특정요로감염(N39.0) 및 신생아요로감염
분류표 ····· 1351
【별표25】 사시분류표 ····· 1352
【별표26】 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표 1353
【별표27】 아토피성 피부염 분류표 ····· 1354
【별표28】 특정 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 · 1355
【별표29】 다발성 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 1356
【별표30】 여성형유방증 분류표 ····· 1357
【별표31】 신생아기흉 분류표 ····· 1358
【별표32】 특정언어장애 분류표 ····· 1359
【별표33】 원형탈모증 분류표 ····· 1360
【별표34】 특정9대감염병 분류표 ····· 1361
【별표35】 중증틱장애 분류표 ····· 1363
【별표36】 인슐린의존 당뇨병 분류표 ····· 1364
【별표37】 척추측만증 분류표 ····· 1365
【별표38】 특정화상 분류표 ····· 1366
【별표39】 특정선천이상및신경계질환 분류표 ····· 1368

무배당 가전제품 고장수리비용보장 특별약관2204

가입자 유의사항 ·····1373

주요내용 요약서 ·····1375
보험용어 해설 ·····1379

제1절 일반조항 ·····1381
제1관 목적 및 용어의 정의 ·····1381
제1조(목적) ····· 1381
제2조(용어의 정의) ····· 1381

제2관 보험금의 지급 ·····1382
제3조(보상하는 손해) ····· 1382
제4조(보상하지 않는 손해) ····· 1382
제5조(지급보험금의 계산) ····· 1384
제6조(보험금 지급사유의 통지) ····· 1384
제7조(보험금의 청구) ····· 1384
제8조(보험금의 지급절차) ····· 1385
제9조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 1386
제10조(주소변경통지) ····· 1386
제11조(보험수익자의 지정) ····· 1387
제12조(대표자의 지정) ····· 1387

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ·····1387
제13조(계약 전 알릴 의무) ····· 1387
제14조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 1388
제15조(사기에 의한 계약) ····· 1389

제4관 보험계약의 성립과 유지 ·····1389
제16조(보험계약의 성립) ····· 1389
제17조(청약의 철회) ····· 1391
제18조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 1392
제19조(계약의 무효) ····· 1394
제20조(계약내용의 변경 등) ····· 1395
제21조(보험나이 등) ····· 1396
제22조(특별약관의 소멸) ····· 1397

제5관 보험료의 납입 ·····1397
제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 1397
제24조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 1398
제24조의1(보험료의 납입면제에 관한사항) ····· 1398
제25조(보험료의 자동대출납입) ····· 1398
제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 1399
제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) … 1400
제28조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) · 1400

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ·····1401
제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 1401
제29조의1(위법계약의 해지) ····· 1402
제30조(중대사유로 인한 해지) ····· 1402
제31조(회사의 파산선고와 해지) ····· 1403
제32조(해지환급금) ····· 1403
제33조(보험계약대출) ····· 1403
제34조(배당금의 지급) ····· 1404

제7관 분쟁의 조정 등 ·····1404
제35조(분쟁의 조정) ····· 1404
제36조(관할법원) ····· 1404
제37조(소멸시효) ····· 1404
제38조(약관의 해석) ····· 1405
제39조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····· 1405
제40조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경) ····· 1405
제41조(회사의 손해배상책임) ····· 1406
제42조(개인정보보호) ····· 1406
제43조(준거법) ····· 1407
제44조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 1407

제2절 보장조항 ·····1408
2-1. 20대가전제품 고장수리비용보장 특별약관 ····· 1408
2-2. 12대가전제품 고장수리비용보장 특별약관 ····· 1409
2-3. 신8대가전제품 고장수리비용보장 특별약관 ····· 1410

【별표】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제8조 제5항 및 제32조 제2항 관련) ····· 1411

무배당 갱신형 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비보장 특별약관2204

가입자 유의사항 ·····1415
주요내용 요약서 ·····1418
보험용어 해설 ·····1422

제1절 일반조항 ·····1425
제1관 목적 및 용어의 정의 ·····1425
제1조(목적) ····· 1425

제2조(용어의 정의) ····· 1425

제2관 보험금의 지급 ·····1427
제3조(보험금의 지급사유) ····· 1427
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 1427
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 1427
제6조(보험금 지급사유의 통지) ····· 1428
제7조(보험금의 청구) ····· 1428
제8조(보험금의 지급절차) ····· 1428
제9조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 1430
제10조(주소변경통지) ····· 1430
제11조(보험수익자의 지정) ····· 1430
제12조(대표자의 지정) ····· 1430

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ·····1431
제13조(계약 전 알릴 의무) ····· 1431
제14조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 1432
제15조(사기에 의한 계약) ····· 1433

제4관 보험계약의 성립과 유지 ·····1433
제16조(보험계약의 성립) ····· 1433
제17조(청약의 철회) ····· 1435
제18조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 1436
제19조(계약의 무효) ····· 1438
제20조(계약내용의 변경 등) ····· 1439
제21조(보험나이 등) ····· 1440
제22조(특별약관의 소멸) ····· 1441
제23조(특별약관의 자동갱신) ····· 1441
제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제) ····· 1441
제25조(자동갱신 적용) ····· 1442

제5관 보험료의 납입 ·····1442
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 1442
제27조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 1443
제28조(보험료의 납입면제에 관한사항) ····· 1443
제28조의1(보험료의 자동대출납입) ····· 1443
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) · 1444
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ··· 1445
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) 1446

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ·····1447
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 1447
제32조의1(위법계약의 해지) ····· 1447

제33조(중대사유로 인한 해지) ····· 1448
제34조(회사의 파산선고와 해지) ····· 1448
제35조(해지환급금) ····· 1448
제36조(보험계약대출) ····· 1449
제37조(배당금의 지급) ····· 1449

제7관 분쟁의 조정 등 ·····1449
제38조(분쟁의 조정) ····· 1449
제39조(관할법원) ····· 1449
제40조(소멸시효) ····· 1450
제41조(약관의 해석) ····· 1450
제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····· 1450
제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경) ····· 1451
제44조(회사의 손해배상책임) ····· 1451
제45조(개인정보보호) ····· 1452
제46조(준거법) ····· 1452
제47조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 1452

제2절 보장조항 ·····1453
1. 갱신형 독감(인플루엔자) 항바이러스제치료비(연간 1회한, 태아가입용)보장 특별약관 ····· 1453
2. 갱신형 독감(인플루엔자) 항바이러스제치료비 (연간1회한)보장 특별약관 ····· 1455

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제1절 일반조항 제8조 제5항 및 제35조 제2항 관련) 1458
【별표2】 독감(인플루엔자) 분류표 ····· 1459

무배당 갱신형 특정치료비보장 특별약관2204(내Mom가입형)

가입자 유의사항 ·····1463
주요내용 요약서 ·····1466
보험용어 해설 ·····1470

제1절 일반조항 ·····1473
제1관 목적 및 용어의 정의 ·····1473
제1조(목적) ····· 1473
제2조(용어의 정의) ····· 1473

제2관 보험금의 지급 ·····1475
제3조(보험금의 지급사유) ····· 1475
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 1475
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 1475
제6조(보험금 지급사유의 통지) ····· 1476
제7조(보험금의 청구) ····· 1476
제8조(보험금의 지급절차) ····· 1476
제9조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 1477
제10조(주소변경통지) ····· 1478
제11조(보험수익자의 지정) ····· 1478
제12조(대표자의 지정) ····· 1478

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ·····1479
제13조(계약 전 알릴 의무) ····· 1479
제14조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 1480
제15조(사기에 의한 계약) ····· 1481

제4관 보험계약의 성립과 유지 ·····1481
제16조(보험계약의 성립) ····· 1481
제17조(청약의 철회) ····· 1483
제18조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 1483
제19조(계약의 무효) ····· 1485
제20조(계약내용의 변경 등) ····· 1487
제21조(보험나이 등) ····· 1488
제22조(특별약관의 소멸) ····· 1488
제23조(특별약관의 자동갱신) ····· 1488
제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제) ····· 1489
제25조(자동갱신 적용) ····· 1489

제5관 보험료의 납입 ·····1489
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 1489
제27조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 1490
제27조의1(보험료의 납입면제에 관한사항) ····· 1490
제28조(보험료의 자동대출납입) ····· 1491
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ·· 1491
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ··· 1492
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) 1493

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ·····1494
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 1494
제32조의1(위법계약의 해지) ····· 1494
제33조(중대사유로 인한 해지) ····· 1495
제34조(회사의 파산선고와 해지) ····· 1495

제35조(해지환급금) ····· 1495
제36조(보험계약대출) ····· 1496
제37조(배당금의 지급) ····· 1496

제7관 분쟁의 조정 등 ·····1496
제38조(분쟁의 조정) ····· 1496
제39조(관할법원) ····· 1497
제40조(소멸시효) ····· 1497
제41조(약관의 해석) ····· 1497
제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····· 1497
제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경) ····· 1498
제44조(회사의 손해배상책임) ····· 1498
제45조(개인정보보호) ····· 1499
제46조(준거법) ····· 1499
제47조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 1499

제2절 보장조항 ·····1501
2-1. 갱신형 표적항암약물허가치료비보장 특별약관 1501
2-2. 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비
(연간1회한)보장 특별약관 ····· 1510
2-3. 갱신형 항암양성자방사선치료비보장 특별약관 1519
2-4. 갱신형 항암세기조절방사선치료비보장 특별약관 1525
2-5. 갱신형 다빈치로봇 암수술비보장 특별약관 ····· 1531
2-6. 갱신형 특정질환3대치료비보장 특별약관 ····· 1538
2-7. 갱신형 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)보장
특별약관 ····· 1547
2-8. 갱신형 특정면역항암약물허가치료비보장 특별약관 1551
2-9. 갱신형 계속받는 특정면역항암약물허가치료비
(연간1회한)보장 특별약관 ····· 1559
2-10. 갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅱ보장 특별약관 1567
2-11. 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅱ
(연간1회한)보장 특별약관 ····· 1575
2-12. 갱신형 체외충격파쇄석술치료비
(급여,연간1회한)보장 특별약관 ····· 1583

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제1절 일반조항 제8조 제5항 및 제35조 제2항 관련) 1586
【별표2】 악성신생물(암) 분류표 ····· 1587
【별표3】 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 ····· 1589
【별표4】 갑상선특정질환 분류표 ····· 1596

【별표5】 유방특정질환 분류표 ····· 1597
【별표6】 자궁근종 분류표 ····· 1598
【별표7】 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 1599

무배당 갱신형 검사비보장 특별약관2204

가입자 유의사항 ·····1603
주요내용 요약서 ·····1606
보험용어 해설 ·····1610

제1절 일반조항 ·····1613
제1관 목적 및 용어의 정의 ·····1613
제1조(목적) ····· 1613
제2조(용어의 정의) ····· 1613

제2관 보험금의 지급 ·····1615
제3조(보험금의 지급사유) ····· 1615
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 1615
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 1615
제6조(보험금 지급사유의 통지) ····· 1616
제7조(보험금의 청구) ····· 1616
제8조(보험금의 지급절차) ····· 1616
제9조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 1618
제10조(주소변경통지) ····· 1618
제11조(보험수익자의 지정) ····· 1618
제12조(대표자의 지정) ····· 1619

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ·····1619
제13조(계약 전 알릴 의무) ····· 1619
제14조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 1620
제15조(사기에 의한 계약) ····· 1621

제4관 보험계약의 성립과 유지 ·····1622
제16조(보험계약의 성립) ····· 1622
제17조(청약의 철회) ····· 1623
제18조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 1624
제19조(계약의 무효) ····· 1625
제20조(계약내용의 변경 등) ····· 1627
제21조(보험나이 등) ····· 1628

제22조(특별약관의 소멸) ····· 1628
제23조(특별약관의 자동갱신) ····· 1629
제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제) ····· 1629
제25조(자동갱신 적용) ····· 1629

제5관 보험료의 납입 ·····1630
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 1630
제27조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 1630
제27조의1(보험료의 납입면제에 관한사항) ····· 1631
제28조(보험료의 자동대출납입) ····· 1631
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) · 1632
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ··· 1632
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) 1633

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ·····1634
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 1634
제32조의1(위법계약의 해지) ····· 1635
제33조(중대사유로 인한 해지) ····· 1635
제34조(회사의 파산선고와 해지) ····· 1636
제35조(해지환급금) ····· 1636
제36조(보험계약대출) ····· 1636
제37조(배당금의 지급) ····· 1637

제7관 분쟁의 조정 등 ·····1637
제38조(분쟁의 조정) ····· 1637
제39조(관할법원) ····· 1637
제40조(소멸시효) ····· 1637
제41조(약관의 해석) ····· 1638
제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····· 1638
제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경) ····· 1638
제44조(회사의 손해배상책임) ····· 1639
제45조(개인정보보호) ····· 1639
제46조(준거법) ····· 1640
제47조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 1640

제2절 보상조항 ·····1641
2-1. 갱신형 3대질환 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관 ····· 1641
2-2. 갱신형 양전자단층촬영(PET)검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관 ····· 1645

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제1절 일반조항 제8조 제5항 및 제35조 제2항 관련) 1648
【별표2】 악성신생물(암) 분류표 ····· 1649
【별표3】 제자리신생물 분류표 ····· 1651
【별표4】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 1652
【별표5】 뇌혈관질환 분류표 ····· 1654
【별표6】 허혈성심장질환 분류표 ····· 1655

무배당 갱신형 암 검사및치료추가보장 특별약관2204

가입자 유의사항 ····· 1659
주요내용 요약서 ····· 1661
보험용어 해설 ····· 1665

제1절 일반조항 ····· 1667
제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 1667
제1조(목적) ····· 1667
제2조(용어의 정의) ····· 1667

제2관 보험금의 지급 ····· 1669
제3조(보험금의 지급사유) ····· 1669
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 1669
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 1669
제6조(보험금 지급사유의 통지) ····· 1670
제7조(보험금의 청구) ····· 1670
제8조(보험금의 지급절차) ····· 1670
제9조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 1671
제10조(주소변경통지) ····· 1672
제11조(보험수익자의 지정) ····· 1672
제12조(대표자의 지정) ····· 1672

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 1673
제13조(계약 전 알릴 의무) ····· 1673
제14조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 1674
제15조(사기에 의한 계약) ····· 1675

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 1675
제16조(보험계약의 성립) ····· 1675

제17조(청약의 철회) ····· 1677
제18조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 1677
제19조(계약의 무효) ····· 1679
제20조(계약내용의 변경 등) ····· 1680
제21조(보험나이 등) ····· 1681
제22조(특별약관의 소멸) ····· 1682
제23조(특별약관의 자동갱신) ····· 1682
제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제) ····· 1683
제25조(자동갱신 적용) ····· 1683

제5관 보험료의 납입 ·····1683
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 1683
제27조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 1684
제27조의1(보험료의 납입면제에 관한사항) ····· 1684
제28조(보험료의 자동대출납입) ····· 1684
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 1685
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ··· 1686
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) 1687

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ·····1688
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 1688
제32조의1(위법계약의 해지) ····· 1688
제33조(중대사유로 인한 해지) ····· 1688
제34조(회사의 파산선고와 해지) ····· 1689
제35조(해지환급금) ····· 1689
제36조(보험계약대출) ····· 1689
제37조(배당금의 지급) ····· 1690

제7관 분쟁의 조정 등 ·····1690
제38조(분쟁의 조정) ····· 1690
제39조(관할법원) ····· 1690
제40조(소멸시효) ····· 1690
제41조(약관의 해석) ····· 1691
제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····· 1691
제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경) ····· 1691
제44조(회사의 손해배상책임) ····· 1692
제45조(개인정보보호) ····· 1693
제46조(준거법) ····· 1693
제47조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 1693

제2절 보장조항 ·····1694
2-1. 갱신형 특정생검조직병리검사비
(급여,연간1회한)보장 특별약관 ····· 1694

2-2. 갱신형 특정NGS유전자패널검사비
(급여,연간1회한)보장 특별약관 ····· 1698
2-3. 갱신형 암 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)보장
특별약관 ····· 1701
2-4. 갱신형 암 양전자단층촬영(PET)검사비(급여,
연간1회한)보장 특별약관 ····· 1705
2-5. 갱신형 암진단비(항암식단서비스)보장 특별약관 · 1709
2-6. 갱신형 폴립및양성종양수술비(1~6종)
(급여,연간1회한)보장 특별약관 ····· 1714
2-7. 갱신형 뇌정위적방사선수술비(급여,연간1회한)보장
특별약관 ····· 1718
2-8. 갱신형 특정호르몬약물허가치료비보장 특별약관 1722
2-9. 갱신형 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비
(연간1회한)보장 특별약관 ····· 1734
2-10. 갱신형 암 내시경검사비(급여, 연간1회한)보장
특별약관 ····· 1741
2-11. 갱신형 유방암 유방재건수술비(급여,
연간1회한)보장 특별약관 ····· 1745

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제1절 일반조항 제8조 제5항 및 제35조 제2항 관련)1750
【별표2】 악성신생물(암) 분류표 ····· 1751
【별표3】 제자리신생물 분류표 ····· 1753
【별표4】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 1754
【별표5】 항암식단서비스 세부내용 ····· 1756
【별표6】 폴립및양성종양수술(급여,1~6종) 분류표 ·· 1757
【별표7】 특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 1763
【별표8】 갑상선 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 1766
【별표9】 유방암 분류표 ····· 1767

인용 법·규정 ····· 1768
【법규1】 개인정보 보호법 ····· 1768
【법규2】 공직선거법 ····· 1772
【법규3】 교통사고처리특례법 ····· 1774
【법규4】 국민건강보험법 ····· 1776
【법규5】 금융소비자 보호에 관한 법률 ····· 1777
【법규6】 도로교통법 ····· 1785

【법규7】 민법 ····· 1786
【법규8】 민사소송법 ····· 1787
【법규9】 소비자기본법 ····· 1790
【법규10】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 ···· 1791
【법규11】 약사법 ····· 1795
【법규12】 여객자동차 운수사업법 시행령 ····· 1795
【법규13】 의료급여법 ····· 1798
【법규14】 의료법 ····· 1799
【법규15】 의료법 시행규칙 ····· 1801
【법규16】 자동차관리법 시행규칙 ····· 1803
【법규17】 자동차손해배상보장법 시행령 ····· 1807
【법규18】 장기등 이식에 관한 법률 ····· 1809
【법규19】 장애인복지법 시행규칙 ····· 1811
【법규20】 폭력행위 등 처벌에 관한 법률 ····· 1813
【법규21】 한의약육성법 ····· 1814
【법규22】 형법 ····· 1815
【법규23】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 ····· 1819
【법규24】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령 ····· 1821
【법규25】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙 ····· 1825
【법규26】 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 ····· 1826

■ 색인 ····· 1828

가입자 유의사항

□ 보험종목

운영 구분	납입면제 구분	설명
1형(해지환급금 지급형)	1종(보험료 납입면제 미적용형)	계약이 해지될 경우 해지환급금 지급
	2종(보험료 납입면제형)	
2형(계약전환형)	1종(보험료 납입면제 미적용형)	최초가입시 1형(해지환급금 지급형)의 보험기간을 25세, 30세만기로 가입 후 보험기간 종료시점에 2형(계약전환형)으로 전환 *「계약전환 특별약관」참고
	2종(보험료 납입면제형)	
3형(해지환급금 미지급형(납입후50%))	1종(보험료 납입면제 미적용형)	보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 해지환급금미지급형 비교상품 해지환급금의 50%에 해당하는 금액을 해지환급금으로 지급
	2종(보험료 납입면제형)	

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으

로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.

- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

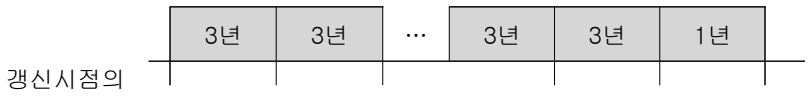
○ 배상책임 관련 보장

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

○ 갱신형 보장

- 자동갱신 적용대상 특별약관(갱신형 보장)의 보험기간은 3년/10년/20년만기(단, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년/10년/20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초 가입 후 3년/10년/20년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【갱신형 보장의 보험기간(예시:3년)】
4세 피보험자가 갱신종료연령을 80세로하여 갱신형 보장을 가입하는 경우



- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 위험률의 변동 등)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

- 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되

는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립부분 적립이율([보장]공시이율)의 변동, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

- 계약의 해지환급금은 보험금 지급이나 계약체결/관리비용 지출 등으로 인하여 납입하신 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.
- 3형(해지환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않는 대신 1형(해지환급금 지급형)보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우 아래의 금액을 해지환급금으로 합니다.

운영 구분	해지환급금
3형(해지환급금미지급형(납입후50%))	해지환급금미지급형 비교상품 해지환급금의 50%에 해당하는 금액

- 3형(해지환급금미지급형(납입후50%))의 해지환급금을 계산할 때 기준이 되는 해지환급금미지급형 비교상품은 3형과 동일한 보장내용의 상품이며, 그 해지환급금은“보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 3형(해지환급금미지급형(납입후50%))과 해지환급금미지급형 비교상품의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 해지환급금미지급형 비교상품은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.
- 3형(해지환급금미지급형(납입후50%))의 해지환급금을 계산할 때 기준이 되는 해지환급금미지급형 비교상품은 3형(해지환급금미지급형(납입후50%))과 동일한 보장내용의 상품이며, 그 해지환급금은“보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

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

○ 질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

○ 수술 관련 보장

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

○ 입원 관련 보장

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

○ 상해 관련 보장

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

○ 태아가입보험

- 보험계약을 체결할 때 피보험자로 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우 출생을 조건으로 보험계약 체결시점에 소급하여 피보험자가 됩니다.
- 태아가 복수로 출생한 경우 계약자는 피보험자 각각을 지정할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.

○ 배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

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

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

1) 1종(보험료 납입면제 미적용형) : 해당사항 없음

2) 2종(보험료 납입면제형)

- 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
  ① 피보험자가「암(유사암제외)」,「유사암」,「뇌혈관질환」,「허혈성심장질환」,「양성뇌종양」또는「중대한재생불량성빈혈」로 진단확정 되었을 경우
  ② 상해로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
  ③ 진단 확정된 질병으로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우 출생일 이전에 보장보험료 납입면제 사유 발생시 출생일부터 보장보험료를 납입면제 합니다.
- 보장보험료 납입면제가 된 경우에 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.
- 약관에 따라 보통약관의 보장보험료가 납입면제되는 경우에도 불구하고 일부 특별약관의 경우 보장보험료 납입면제가 제외되어 보장보험료를 납입하여야 합니다.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

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

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는

방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 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.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세 미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 무효(배상책임보장 관련)

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

6. 계약의 소멸(신체보장 관련)

이 계약은 피보험자가 사망한 경우 그때부터 소멸됩니다.

7. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를「납입기일」까지 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 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 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

8. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

9. 중도인출 (1형(해지환급금 지급형)에 한함)

- 보장개시일(계약을 체결할 때에 기본계약의 피보험자

가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우 출생일)부터 2년 이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 보험연도 기준 연4회에 한하여 중도인출을 할 수 있습니다.

- 중도인출금은 계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80% 범위 내에서 신청할 수 있습니다. 중도인출금의 총 누적액(중도인출 원금과 이자의 합계액을 말합니다.)은 중도인출금을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80%를 한도로 합니다. 다만, 이 계약에서 정한 보험계약대출금이 있는 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.
- 중도인출금을 지급받은 경우에는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 책임준비금에서 해당 중도인출금을 차감합니다.

10. 적립부분 해지환급금 전액 인출 (1형(해지환급금 지급형)에 한함)

- 이 계약의 보험료가 정상적으로 납입이 완료된 경우 계약자 요청시 계약자가 요청한 시점의「보험료 및 책임준비금 산출방법서」따라 계산된 적립부분 해지환급금(중도인출금이 있는 경우 중도인출 원금과 이자를 차감하고 적립한 금액, 보험계약대출금이 있는 경우 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 금액을 기준 함)의 전액을 최초 1회에 한하여 인출할 수 있습니다.
- 전액 인출금의 지급시기는 보험료 납입기간 종료시점과 같거나 이후이어야 하며, 기본계약 보장부분의 보험기간 종료 시점과 같거나 이전이어야 합니다.
- 전액 인출금은「9. 중도인출」의 인출 횟수에 상관없이 최초 1회에 한하여 가능하며, 전액 인출 되었을 경우에는「9. 중도인출」의 중도인출은 불가합니다.
- 적립부분 해지환급금을 전액 인출한 경우 기본계약 적립부분은 소멸되며, 만기환급금을 지급하지 않습니다.

11. 계약 전 · 후 알릴 의무

1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시

한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.

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

① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경

(1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우

(2) 직업이 없는 자가 취직한 경우

(3) 현재의 직업을 그만둔 경우

② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우

- 보험목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우, 보험목적을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.

- 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 경우 또는 변경이 생겼음을 알게 된 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.

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

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

12. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 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. 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

13. 보험금의 지급(배상책임보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자 또는 보험수익자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

14. 대위권

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

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

보험용어 해설

○ 보험약관
계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권
계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자
회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람

○ 피보험자
보험사고의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자
보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료
1) 보험료
계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 기본계약 보장보험료 및 적립보험료와 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관의 보장보험료의 합계액
① 보장보험료
계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료
② 적립보험료
회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
2) 적립부분 순보험료
적립보험료에서 부가보험료를 공제한 후의 금액

○ 보험금
피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간
계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

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

○ 책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

○ 해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

무배당 내Mom같은 베이비보험2206
보통약관

제1절 일반조항

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 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 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험 수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
1종(보험료 납입면제 미적용형)	제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않는 계약을 말합니다.
2종(보험료 납입면제형)	제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)에 의하여 납입면제가 적용되는 계약을 말합니다.

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

용어	정의
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국 표준질병 사인분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

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

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

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균 공시 이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.25%입니다.
해지 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

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

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일,'관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 기본계약 보장보험료 및 적립보험료와 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관 보험료의 합계액을 말합니다.
보장 보험료	계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.
적립 보험료	회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료를 말합니다. 적립보험료는 출생일 이전에 납입하는 적립보험료와 출생일 이후 납입하는 적립보험료로 구성되어 있습니다.

【보험료】
보험료는 계약자가 계약에 따라 회사에게 납입하여야 하는 요금을 말하며, 보험료는「보장보험료」와「적립보험료」로 구성되어 있습니다.
또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 위험보험료, 회사가 적립한 금액을 돌려주기 위한 적립부분 순보험료 및 회사의 사업경비를 위한 부가보험료로 구성됩니다.
보험료 = 보장보험료 + 적립보험료
보장보험료 = 위험보험료 + 부가보험료
적립보험료 = 적립부분 순보험료 + 부가보험료

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)
이 계약의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
이 계약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5조(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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

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

제6조(보험금 지급사유 등의 통지)
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 알게된 경우 또는 제27조의1(보험료의 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제 사

유의 발생을 알게된 경우에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금 등의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

【의료법 제3조(의료기관)】 ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원 2. 조산원 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제8조(보험금의 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 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50%이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

① 소송제기
② 분쟁조정 신청
③ 수사기관의 조사
④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계

약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

⑥ 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【 분쟁조정신청 】
분쟁조정신청은 이 약관의「분쟁의 조정」조항에 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

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

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

5 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여【별표-공통1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

6 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 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(적립부분 적립이율에 관한 사항)

1 이 계약에서 적립부분 적립이율은 1형(해지환급금 지급형)에 한하여 적용합니다. 이 보험의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 계약체결비용 및 계약관리비용을 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 [보장]공시이율로 합니다.

2 [보장]공시이율은 매월 마지막 날(다만, 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 직전의 영업일로 함) 이전에 산출하며, 그 다음달에 한하여 적용합니다.

3 회사는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리수익률을 고려하여 산출된 공시기준이율에 조정률을 반영하여 [보장]공시이율을 결정합니다.

4 [보장]공시이율의 최저보증이율은 연복리 0.3%로 합니다.

5 회사는 제1항부터 제3항까지의 규정에서 정한 [보장]공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

6 회사는 사업연도가 끝나는 날을 기준으로 1년이상 유지된 계약에 대하여 계약자에게 연1회이상 [보장]공시이율의 변경내역을 통지합니다.

7 세부적인 [보장]공시이율의 운영방법은 회사에서 별도로 정한「[보장]공시이율 적용에 관한 세부지침」을 따릅니다.

【적립부분 적립이율】

적립부분 책임준비금 계산시 적립부분 순보험료에 대한 이자를 계산할 때 적용하는 이율을 말합니다.

【[보장]공시이율】

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

【운용자산이익률】

직전 1년간의 운용자산에 대한 투자영업수익과 투자영업비용 등을 고려하여 산출

【외부지표금리】

국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 등을 고려하여 산출

【최저보증이율】
회사의 운용자산이익률 및 외부지표금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 [보장]공시이율에 따라 적립되며 [보장]공시이율이 0.1%인 경우, 적립금은 [보장]공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 적립됩니다.

제10조(만기환급금의 지급)
1 이 계약에서 만기환급금의 지급은 1형(해지환급금 지급형)에 한하여 적용합니다. 회사는 보험기간이 끝난 때에 만기환급금(중도인출이 있는 경우 중도인출 원금과 이자를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 보험수익자에게 지급합니다.
2 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 따라 제1항에 따른 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.
3 회사는 제1항에 따른 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은【별표-공통1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
4 보험료 납입기간 중에 제2조(용어의 정의)에서 정한 적립보험료를 감액하거나 중도인출을 하는 경우 제1항의 만기환급금은 가입시점의 예상금액보다 감소할 수 있습니다.
5 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항) 제1항에 따라 적립부분 해지환급금을 전액 인출한 경우에는 만기환급금을 지급하지 않습니다.

제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급)
1 이 계약에서 태아보장기간 적립환급금의 지급은 1형(해지환급금 지급형)에 한하여 적용합니다. 회사는 출생일이 도래한 때에 태아보장기간 적립환급금을 보험수익자에게 지급합니다.
2 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 따라 제1항에 따른 태아보장기간 적립환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.
3 회사는 제1항에 따른 태아보장기간 적립환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 태아보장기간 적립환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은【별표-공통1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

4 태아보장기간 보험료 납입기간 중에 제2조(용어의 정의)에서 정한 적립보험료를 감액하는 경우 제1항의 태아보장기간 적립환급금은 가입시점의 예상금액보다 감소할 수 있습니다.

【태아보장기간 적립환급금】 출생일 이전 납입한 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말함)에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 이 계약의 공시이율로 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 적립한 금액을 말합니다.

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 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제12조(주소변경통지)

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

2 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 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 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이 외의 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 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】 계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다. 【연대】 2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

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 알릴 의무」라 하며, 상법상「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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

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

【 상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력) 】
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

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

제16조(상해보험계약 후 알릴 의무)
1 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
3) 현재의 직업을 그만둔 경우

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

【직무】
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우

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 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 「정산금액」이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입

을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

【위험변경시 해지환급금 정산】 제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 3형(해지환급금미지급형(납입후50%))의 경우에도 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. **【책임준비금】** 장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

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

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

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

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(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

① 회사가 최초계약 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 날부터 3년이 지났을 때

④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)

⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항 제1호에 따른 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 등으로 알려 드립니다.

5 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

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

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

습니다.
8 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러 차례 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 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
3 보험료 납입이 면제된 경우 제2항의「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

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.

【 보험가입금액 제한 】
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【 일부보장 제외(부담보) 】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【 보험금 삭감 】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우

미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다. **【 보험료 할증 】** 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

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

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

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

6 제5항의「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 제30조(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 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 없

습니다.

【일반금융소비자】 전문금융소비자가 아닌 계약자를 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 말합니다.

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

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

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

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

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

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

【약관의 중요한 내용예시】 - 청약의 철회에 관한 사항 - 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건 - 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과 - 계약의 취소 및 무효에 관한 사항 - 해지환급금에 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

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】 전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【 자필서명 】
계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 】
"전자서명"이라 함은 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
가. 서명자의 신원
나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

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.

【보험계약대출이율】
계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

6 보험료 납입이 면제된 경우 제5항의「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제22조(계약의 무효)

1 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약

을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

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

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록

지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】
심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제23조(계약내용의 변경 등)
1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 3형(해지환급금미지급형(납입후50%))의 경우 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경 및 보험가입금액의 증액은 신청할 수 없습니다.
① 보험기간
② 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
③ 계약자, 피보험자
④ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용
2 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

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

3 회사는 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

【 감액 】
보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해지환급금도 줄어듭니다)

4 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우

에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
5 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제24조(보험나이 등)
1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
3 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【 보험나이 계산 예시 】 생년월일 : 1988년 10월 2일 현재(계약일) : 2022년 4월 14일 ⇒ 2022년 4월 14일 - 1988년 10월 2일 = 33년 6월 12일 = 34세 【 계약해당일 】 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일 -> 계약해당일 : 10월 1일 예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일 -> 계약해당일 : 2월 말일

제25조(계약의 소멸)
1. 1형(해지환급금 지급형), 3형(해지환급금미지급형(납입후 50%))
피보험자가 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 책임준비금(중도인출이 있는 경우 중도인출 원금과 이자를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 계약자에게 지급합니다.
2. 2형(계약전환형)
1 제2절 보장조항 2-2. 일반상해사망보장 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이

계약은 그 때부터 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 계약이 소멸된 때에는 회사는 제2절 보장조항 2-2. 일반상해사망보장 제1조(보험금의 지급사유)의 해지환급금을 지급하지 않으며, 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 적립부분의 책임준비금(중도인출이 있는 경우 중도인출 원금과 이자를 차감하고 적립한 금액)을 계약자에게 지급합니다.
3 피보험자가 상해 이외의 사유로 사망한 경우에는 이 계약은 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 책임준비금(중도인출이 있는 경우 중도인출 원금과 이자를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 계약자에게 지급합니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

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

3 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
① 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 보

장을 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.

제27조의1(보험료의 납입면제)

1 회사는 2종(보험료 납입면제형)을 가입한 피보험자가 보험료 납입기간 중 다음 중 어느 하나의 사유가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보장보험료의 납입을 면제합니다.

① 피보험자가「암(유사암제외)」,「유사암」,「뇌혈관질환」,「허혈성심장질환」,「양성뇌종양」 또는 「중대한재생불량성빈혈」로 진단확정 되었을 경우

② 피보험자가 상해로【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

③ 피보험자가 진단 확정된 질병으로【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

2 제1항에도 불구하고 계약을 체결할 때에 피보험자로 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우 출생일 이전에 제1항의 보험료 납입면제 사유 발생시 출생일부터 보장보험료의 납입을 면제합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고「자동갱신 특별약관」에서 정한「자동갱신 적용대상 특별약관」은 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

4 회사는 제1항 및 2항에 따라 보장보험료 납입면제가 된 경우에 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.

5 제1항부터 제4항까지의 규정에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제29

조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.
6 제1항부터 제5항까지의 규정에도 불구하고 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)
1 제27조의1(보험료의 납입면제) 제1항 제2호 및 제3호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표-공통2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우)에는 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 결정합니다.
3 【별표-공통2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표-공통2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
4 보험수익자와 회사가 제27조의1(보험료의 납입면제) 제1항의 보험료의 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.
5 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만,【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만,【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 계약에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

8 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제27조의1(보험료의 납입면제) 제1항 제2호 또는 제3호의 후유장해가 발생한 때에는 제27조의1(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

9 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 제27조의1(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

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 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)

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

제27조의3(암(유사암제외), 유사암, 뇌혈관질환, 허혈성심장질환, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병

(【별표-질병2(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 계약에 있어「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표-질병3(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

3 이 계약에 있어「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

4 이 계약에 있어「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표-질병4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

5 이 계약에 있어「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

6 이 계약에 있어「유사암」이라 함은「제자리암」,「기타 피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.

7「암(유사암제외)」및「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암(유사암제외)」및「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(유사암제외)」및「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】 - C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경

우에도 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.

9 이 계약에 있어「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로【별표-질병20(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

10「뇌혈관질환」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 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「뇌혈관질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

11 이 계약에 있어서「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로【별표-질병21(허혈성심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

12「허혈성심장질환」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(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「허혈성심장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

13 이 계약에 있어「양성뇌종양」이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 한국표준질병·사인분류 중【별표-질병35(양성뇌종양(경계성종양제외) 대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형, 경계성종양은 보장에서 제외합니다.

14「양성뇌종양」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하

「의사」라고 합니다) 중 신경과, 신경외과 또는 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「양성뇌종양」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

15 이 계약에 있어「중대한재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)」이라 함은 「영구적인 재생불량성빈혈」로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 치료를 받고 있고 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병 상태를 말합니다.

16 제15항의「영구적인 재생불량성빈혈」이라 함은 만성 골수부전상태로써 호중구 수가 200/mm^3미만이거나, 또는 골수세포충실성(bone marrow cellularity)이 25%이하 이고 동시에 다음중 2가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.

① 호중구 수가 500/mm^3미만

② 혈소판 수가 20,000/mm^3미만

③ 망상적혈구 수가 20,000/mm^3미만

17 제15항 및 제16항에도 불구하고 일시적이거나 회복이 가능한 재생불량성빈혈은 납입면제 사유에서 제외 됩니다.

18「중대한재생불량성빈혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「중대한재생불량성빈혈」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제28조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제29조(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 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음 날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

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

제29조(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)기간까지 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자

가 차감된다는 내용을 포함합니다)

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴 의무), 제17조(알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립), 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

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

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력

회복))

1 회사는 계약자의 해지환급금 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.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 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 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우, 출생예정일 이후 해지하였으나 태아가 출생 전이면 출생예정일 이후에 해당하는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

3 제2항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의「태아가 출생하기 전」임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

4 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 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의1(위법계약의 해지)

1 계약자는「금융소비자보호에 관한 법률」제47조 및 관련 규정이 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 제35조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사 할 수 있습니다.

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

제33조(중대사유로 인한 해지)

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

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

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

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

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제34조(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 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해지환급금)

1 이 약관에 따른 해지환급금은「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【 해지환급금 관련 유의사항 】

1. 3형(해지환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않는 대신 「해지환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해지환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해지환급금미지급형 비교상품」은 3형(해지환급금미지급형(납입후50%))과 동일한 보장내용의 상품이며, 그 해지

환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

3. 3형(해지환급금미지급형(납입후50%))의 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해지환급금은 지급하지 않습니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우의 해지환급금은 「해지환급금미지급형 비교상품」해지환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.

【3형(해지환급금미지급형(납입후50%)) 해지환급금 예시】

3형(해지환급금미지급형(납입후50%))을 100세만기 20년납으로 2022년 4월 1일 계약체결시 2042년 3월 31일까지 보험료 납입기간 중 해지하는 경우에는 해지환급금이 없습니다.

4. 회사는 3형(해지환급금미지급형(납입후50%)) 계약을 체결할 때 「해지환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해지환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

2 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은【별표-공통1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

3 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

4 제32조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제36조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해지환급금 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, 해지환급금, 적립부분 해지환급금 전액 인출 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되

는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조(배당금의 지급)
회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제38조(중도인출)
1 이 계약에서 중도인출은 1형(해지환급금 지급형)에 한하여 적용합니다. 계약자는 보장개시일(계약을 체결할 때에 기본계약의 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우 출생일)부터 2년 이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 보험연도 기준 연4회에 한하여 중도인출할 수 있습니다.
2 제1항의 중도인출금은 계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80% 범위 내에서 신청할 수 있습니다. 중도인출금의 총 누적액(중도인출 원금과 이자의 합계액을 말합니다.)은 중도인출금을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80%를 한도로 합니다. 다만, 이 계약에서 정한 보험계약대출금이 있는 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.
3 제1항의 중도인출금을 지급받은 경우에는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 책임준비금에서 해당 중도인출금을 차감합니다.

【보험연도】 당해연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2022년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년을 말합니다.

【중도인출금의 한도 예시】
계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액이 100만원인 경우 중도인출 가능액은 80만원(100만원의 80%)이며, 보험계약대출금(원금과 이자의 합계가 30만원이라고 가정)이 있는 경우 중도인출 가능액은 50만원(80만원-30만원)입니다.

제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)
1 이 계약에서 적립부분 해지환급금 전액 인출은 1형(해지환급금 지급형)에 한하여 적용합니다. 이 계약의 보험료가 정상적으로 납입이 완료된 경우 계약자 요청시 계약자가 요청한 시점의「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산된 적립부분 해지환급금(중도인출금이 있는 경우 중도인출 원금과 이자를 차감하고 적립한 금액, 보험계약대출금이 있는 경우 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 금액을 기준으로 함)의 전액을 최초 1회에 한하여 인출할 수 있습니다.
2 제1항의 전액 인출금 지급시기는 보험료 납입기간 종료시점과 같거나 이후이어야 하며, 기본계약 보장부분의 보험기간 종료 시점과 같거나 이전이어야 합니다.
3 제1항의 전액 인출금은 제38조(중도인출)의 인출 횟수에 상관없이 최초 1회에 한하여 가능하며, 제1항에 의해 전액 인출 되었을 경우에는 기본계약 적립부분은 소멸되며, 제38조(중도인출)의 중도인출은 불가합니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제40조(분쟁의 조정)
1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이「금융소비자 보호에 관한 법률」제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제41조(관할법원)
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제42조(소멸시효)
보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2022년 4월 1일에 발생하였음에도 2025년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제43조(약관의 해석)
1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【 신의성실의 원칙 】 권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항) 【 민법 제2조(신의성실) 제1항 】 ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
3 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제44조(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.

제45조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우

② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우

③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우

④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

4 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

5 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제46조(회사의 손해배상책임)

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

2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을

알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

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

제47조(개인정보보호)

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

제48조(준거법)

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

제49조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

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

이 계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

예금자보호 한도는 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1명당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

제2절 보장조항

2-1. 일반상해후유장해(3~100%)보장

* 이 보장계약은 무배당 내Mom같은 베이비보험2206(해지환급금 지급형) 또는 무배당 내Mom같은 베이비보험2206(해지환급금미지급형(납입후50%))에 가입한 경우에 한합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해로 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(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, 【별표-공통2(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 【별표-공통2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표-공통2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(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,【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만,【별표-공통2(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 또 다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

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

제3조(준용규정)

이 보장조항에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-2. 일반상해사망보장

* 이 보장계약은 「계약전환 특별약관」에 따라 전환하는 경우에 한하여 가입 가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자에게 일반상해사망 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)「사망」에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

【민법 제27조(실종의 선고)】
① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유)「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(준용규정)

이 보장조항에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

무배당 내Mom같은 베이비보험2206
특별약관

Ⅰ. 상해관련 특별약관

1-1. 일반상해80%이상후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 일반상해80%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

3 【별표-공통2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표-공통2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

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

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은

동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 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(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해80%이상후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그때부터 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-2. 일반상해후유장해(3~100%)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

3 【별표-공통2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표-공통2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(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.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은

동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 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.
8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-3. 일반상해후유장해(20~100%)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 20~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

3 【별표-공통2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표-공통2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(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.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니

다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 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.
8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-4. 팔 및 손가락 후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의보험기간 중에 상해로 어깨부위 이하가 절단되었거나 또는 어깨부위, 팔꿈치, 손목 및 손가락에 관절운동장해(이하「후유장해」라 합니다)상태가 되었을 때에는 보험수익자에게【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 팔 및 손가락 후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표-공통2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

3 【별표-공통2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표-공통2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만,【별표-공통2(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.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만,【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니

다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 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.
8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-5. 대중교통이용중 교통상해 후유장해(3~100%)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 대중교통이용중 교통상해(대중교통이용중 발생한 아래에서 정한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다)로 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

① 운행중인 대중교통수단에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고

② 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고

③ 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고

2 제1항에서 대중교통수단이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.

① 여객수송용 항공기

② 여객수송용 지하철/전철, 기차

③ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)

④ 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)

⑤ 여객수송용 선박

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장

해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
3 【별표-공통2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표-공통2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(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.
5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 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.
8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안

② 하역작업을 하는 동안
③ 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-6. 비운전자용 교통상해 후유장해(3~100%)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다)로 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고

② 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고

【용어풀이】

1.「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

2.「기타 교통수단」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, 보트 포함)

④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

3 【별표-공통2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표-공통2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(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.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
② 하역작업을 하는 동안
③ 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-7. 특정여가활동중상해 후유장해(3~100%)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 특정여가활동중상해(보험기간 중에 아래에서 정한 행위를 하는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다)로 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

① 다음에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설을 말합니다. 다만, 주택은 제외합니다. 이하 같습니다)내에서 하는 동안 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠 시설 내에서 착·탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안

: 테니스, 탁구, 배드민턴, 골프, 볼링, 수영, 에어로빅

② 게이트볼(시합 또는 5명 이상이 연습하는 경우에 한합니다)을 하는 동안

③ 낚시(직업적인 물고기잡이는 제외합니다)를 하는 동안

④ 다음의 유료시설에 관객 또는 입장객으로 있는 동안. 다만, 대상이 되는 시설은 시설 내에 관리인이 있는 등 구체적으로 관리되고 있는 유료시설을 말하며, 이 시설이 무료개방되는 경우에는 대상이 되지 않습니다.

-. 영화관, 콘서트홀, 스포츠 관람시설, 극장, 연예장 등의 시설(영화, 음악, 스포츠, 연극, 연예 또는 구경거리를 감상, 관람하기 위한 시설을 말하며, 유흥접객업소는 제외합니다)

-. 유원지, 레저랜드 또는 동물원, 식물원, 미술관, 박물관 기타 이와 유사한 시설

⑤ 숙박을 동반한 여행목적을 갖고 보험증권에 기재된 주소지를 출발하여 해당 주소지에 도착할 때까지의 여행을 하는 동안. 다만, 업무출장 및 업무 목적을 병행하고 있는 여행은 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로

인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
3 【별표-공통2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표-공통2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(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.
5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 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.
8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-8. 자전거탑승중상해 후유장해(3~100%)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 자전거탑승중상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 자전거탑승중사고로 신체에 입은 상해를 말합니다)로 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

【용어풀이】
1.「자전거」라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2륜 이상의 차(도로교통법 제2조(정의) 제17호 가목 3)에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물 포함)을 말합니다.
2.「자전거탑승중」이라 함은 자전거를 운전중이거나, 운행중인 자전거에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있는 것을 말합니다.
3.「자전거 운전중」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 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

3 【별표-공통2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표-공통2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(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.
5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 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.
8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자전거에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
② 하역작업을 하는 동안
③ 자전거의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
④ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 자전거를 이용하여 산악지대를

오르내리는 행위 또는 이와 비슷한 위험한 활동을 하는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-9. 일반상해80%이상후유장해 재활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 일반상해80%이상후유장해 재활자금으로 매년 사고발생일에 확정 지급합니다. 다만, 일반상해80%이상후유장해 재활자금 지급을 위한 사고발생일이 없는 때에는 사고발생일이 속하는 달의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
일반상해로 80%이상 후유장해시	보험가입금액의 10%를 매년 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급예시】(가입금액 1,000만원)

총지급금액	지급기준	가입금액	1회지급액
1,000만원	보험가입금액의 10%×10회	1,000만원	100만원

【보험금 지급일 예시】
사고발생일 : 2020년 2월 29일
⇒ 보험금 지급일 : 2021년 2월 28일

2 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

3 【별표-공통2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는

피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표-공통2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만,【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 재활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재활자금에서 이미 지급받은 재활자금을 차감하여 지급합니다. 다만,【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 재활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 재활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 재활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 재활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 일반상해80% 이상후유장해 재활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립

부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-10. 일반상해 50%이상후유장해 재활자금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 일반상해 50%이상후유장해 재활자금으로 매년 사고발생일에 확정 지급합니다. 다만, 일반상해 50%이상후유장해 재활자금 지급을 위한 사고발생일이 없는 때에는 사고발생일이 속하는 달의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
일반상해로 50%이상 후유장해시	보험가입금액의 10%를 매년 10년간 확정지급 (단, 최초 1회에 한하여 지급)

【보험금 지급예시】(가입금액 1,000만원)

총지급금액	지급기준	가입금액	1회지급액
1,000만원	보험가입금액의 10%×10회	1,000만원	100만원

【보험금 지급일 예시】
사고발생일 : 2020년 2월 29일
⇒ 보험금 지급일 : 2021년 2월 28일

2 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

3 【별표-공통2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는

피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표-공통2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만,【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 재활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재활자금에서 이미 지급받은 재활자금을 차감하여 지급합니다. 다만,【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 재활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 재활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 재활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 재활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 일반상해 50% 이상후유장해 재활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립

부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-11. 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관

1-12. 일반상해입원일당(1일이상)추가보장 특별약관

1-13. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

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

3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항의 규정에 따라 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.

4 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료

가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-14. 일반상해입원일당(4일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

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

3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항의 규정에 따라 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.

4 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-15. 일반상해중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관

1-16. 갱신형 일반상해중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해중환자실 입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의「중환자실」이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

2 일반상해중환자실 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

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

4 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제2항의 규정에 따라 일반상해중환자실 입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해중환자실 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료

가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

[의료법 시행규칙 별표4] 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을중환자실 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 10제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하「신생아중환자실」이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우「병상 1개당 면적」은 중환자실

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

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트이상 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.

1-17. 골절(치아파절 제외)진단비Ⅱ보장 특별약관

1-18. 갱신형 골절(치아파절 제외)진단비Ⅱ보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 【별표-상해1(골절(치아파절 제외) 분류표Ⅱ)】에서 정하는 골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절 제외)진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 상해로 2가지 이상의 골절(치아파절 제외) 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제4조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-19. 골절진단비Ⅱ보장 특별약관
1-20. 갱신형 골절진단비Ⅱ보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 【별표-상해2(골절 분류표Ⅱ)】에서 정하는 골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 상해로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

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

제3조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의

납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-21. 신화상치료비보장 특별약관
1-22. 신화상치료비Q보장 특별약관

제1조(보장의 범위)
이 특별약관은 아래의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

신화상치료비보장 특별약관	신화상치료비Q보장 특별약관
·화상진단비 ·화상수술비 ·중증화상및부식진단비	·화상진단비 ·화상수술비Q ·중증화상및부식진단비

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인하여 아래의 지급사유가 발생한 경우 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.
① 화상진단비보장 : 화상으로 진단확정시 1사고당 이 보장의 보험가입금액을 화상진단비로 지급합니다.
② 화상수술비보장, 화상수술비Q보장 : 화상을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 보장의 보험가입금액을 화상수술비로 지급합니다.
③ 중증화상및부식진단비보장 : 제6조(중증화상및부식진단의 정의 및 진단확정)에서 정한 중증화상및부식으로 진단확정시 이 보장의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중증화상및부식진단비로 지급합니다.
2 제1항 제1호 및 제2호의 화상이라 함은【별표-상해3(화상 분류표)】에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 피보험자가 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태인 경우에는 1회에 한하여 화상진단비를 지급합니다.
2 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 피보험자가 동일한 사고로 두 종류 이상의 화상 수술을 받거나 같은 종류의 화상수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 화상수술비만을 지급합니다.
3 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다. 단, 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호 화상수술비의 경우에는 아래의 경우에도 보험금을 지급하지 않습니다.

① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)

② 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
다만, 신화상치료비Q보장 특별약관을 가입한 경우에는 선천적 기형 및 이에 근거한 병상으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치

③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)

④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제6조(중증화상및부식진단의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「중증화상및부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)」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「중증화상및부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「중증화상및부식」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호에서 정한 중증화상및부식진단비 지급사유가 발생한 경우 중증화상및부식진단비보장은 소멸됩니다.
3 제2항에 따라 중증화상및부식진단비보장이 소멸된 경우에는 회사는 해당 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-23. 골절수술비Ⅱ보장 특별약관
1-24. 골절수술비ⅡQ보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로【별표-상해2(골절 분류표Ⅱ)】에서 정하는 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 하나의 상해로 두 종류 이상의 골절 수술을 받거나 같은 종류의 골절수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 골절수술비만을 지급합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)

② 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
다만, 골절수술비ⅡQ보장 특별약관을 가입한 경우에는 선천적 기형 및 이에 근거한 병상으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니

다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립

부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-25. 상해사고부상치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써「상해사고부상」으로 진단확정되었을 때에는 상해사고부상등급에 따라 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 상해사고부상치료비로 지급합니다.

상해사고부상등급	지급보험금
1등급	상해사고부상치료비(1등급)보장 보험가입금액
2등급	상해사고부상치료비(2등급)보장 보험가입금액
3등급	상해사고부상치료비(3등급)보장 보험가입금액
4등급	상해사고부상치료비(4등급)보장 보험가입금액
5등급	상해사고부상치료비(5등급)보장 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(상해사고부상의 정의 및 진단확정)

1 「상해사고부상」이라 함은【별표-상해9(상해사고분류표)】에서 정한 상해로 진단확정되고【별표-상해10(상해사고부상등급표)】에서 정한 상해사고부상등급에 해당되는 경우를 말합니다.

2 「상해사고부상」진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI), 방사선 촬영(X-ray), 기타 정밀검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「상해사고부상」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 타인과의 폭력행위로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-26. 5대골절진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로【별표-상해4(5대골절 분류표)】에서 정하는 5대골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 상해로 2가지 이상의 5대골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-27. 5대골절수술비보장 특별약관
1-28. 5대골절수술비Q보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로【별표-상해4(5대골절 분류표)】에서 정하는 5대골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 하나의 상해로 두 종류 이상의 5대골절수술을 받거나 같은 종류의 5대골절수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 5대골절수술비만을 지급합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)

② 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
다만, 5대골절수술비Q보장 특별약관을 가입한 경우에는 선천적 기형 및 이에 근거한 병상으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니

다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립

부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-29. 비운전자용 교통상해 골절진단비Ⅱ보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다)로【별표-상해2(골절 분류표Ⅱ)】에서 정하는 골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해골절진단비로 지급합니다.

① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고

② 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【용어 풀이】

1.「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

2.「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, 보트 포함)

④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 자동차 비운전중 교통상해로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
② 하역작업을 하는 동안
③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-30. 비운전자용 교통상해 골절수술비Ⅱ보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다)로 【별표-상해2(골절 분류표Ⅱ)】에서 정하는 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해 골절수술비로 지급합니다.

① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고

② 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【용어 풀이】

1.「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

2.「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, 보트 포함)

④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
② 하역작업을 하는 동안
③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안
⑤ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
⑥ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-31. 상해수술비보장 특별약관
1-32. 상해수술비추가보장 특별약관
1-33. 갱신형 상해수술비보장 특별약관
1-34. 상해수술비Q보장 특별약관
1-35. 상해수술비Q추가보장 특별약관
1-36. 갱신형 상해수술비Q보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 상해수술을 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)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 목적의 치료를 위한 상해수술비를 지급하지 않습니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산
② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
③ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만,

유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

㉢ 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)

㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)

⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

다만, 상해수술비Q보장 특별약관, 상해수술비Q추가보장 특별약관 또는 갱신형 상해수술비Q보장 특별약관을 가입한 경우에는 선천적 기형 및 이에 근거한 병상으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로

가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-37. 상해흉터복원수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 치료를 받고 그 직접적인 결과로 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(단, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일부터 2년 경과 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다)을 받은 경우에는 보험수익자에게 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 지급합니다.

구분	안면부	상지・하지
상해흉터복원 수술비	수술 1Cm당 14만원	수술 1Cm당 7만원 (단, 3Cm이상의 경우에 한합니다.)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술Cm는 최장직경으로 합니다.

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제3조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를

직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금

산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-38. 중대한특정상해수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 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 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한특정상해수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 사고로 인하여 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.

제3조(중대한특정상해수술 보장의 정의 및 진단 확정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서「뇌손상」이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 손상(【별표-상해5(중대한 특정상해 분류표)】참조)을 입은 경우를 말합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)에서「내장손상」이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표-상해5(중대한 특정상해 분류표)】참조)을 입은 경우를 말합니다.

3 제1조(보험금의 지급사유)에서「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, 횡격막, 종격동, 식도수술 등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또

한 개흉수술에 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, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

4 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

5 제4항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

6 제4항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

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

7 제4항의 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) 등의 조치

③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)

④ 미용성형 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
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한특정상해수술비 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-39. 비운전자용
자동차사고부상치료비(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 비운전중 자동차사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 【별표-상해6(자동차사고 부상 등급표)】에서 정한 부상등급을 받은 경우 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 자동차사고부상치료비로 지급합니다.

(보험가입금액 1000만원 기준)

부상등급	지급보험금
1급	1000만원
2급～4급	600만원
5급	200만원
6급	80만원
7급	40만원
8급～11급	20만원
12급～14급	10만원

① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고
② 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고

【용어풀이】
「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
② 하역작업을 하는 동안
③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서
  ㉠ 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서
  ㉡ 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
    ㉮ 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해 견적서, 차량피해사진 등)
    ㉯ 부상등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
  ㉢ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호 ㉡목 ㉯의 부상등급을 판단할 수 있는 서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-40. 비운전자용 자동차사고부상치료비 (1~3급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 비운전중 자동차사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 【별표-상해6(자동차사고 부상 등급표)】에서 정한 부상등급 중 1급, 2급 또는 3급을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 자동차사고부상치료비로 지급합니다.

① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고

② 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고

【용어풀이】
「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
② 하역작업을 하는 동안
③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서
㉠ 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서
㉡ 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
㉮ 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해 견적서, 차량피해사진 등)
㉯ 부상등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
㉢ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호 ㉡목 ㉯의 부상등급을 판단할 수 있는 서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인

출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-41. 일반상해수술입원일당 (1일이상 20일한도)보장 특별약관

1-42. 일반상해수술입원일당 (1일이상 20일한도)Q보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래의 사유에 모두 해당되는 경우(이하 「상해수술입원」이라 합니다)에는 보험수익자에게 최초수술일부터 입원 1일당 이 특별약관의 가입금액을 일반상해수술입원일당으로 지급합니다.

① 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우

② 보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우

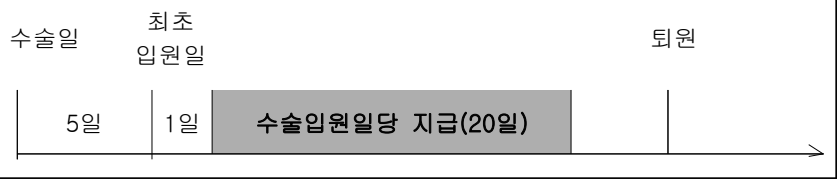
③ 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 일반상해수술입원일당의 지급일수는 1회 상해수술입원당 최초수술일부터 20일을 최고 한도로 합니다. 다만, 수술이 입원기간 중 시행되지 않은 경우 1회 상해수술입원당 2일째 입원일부터 20일을 최고 한도로 합니다.

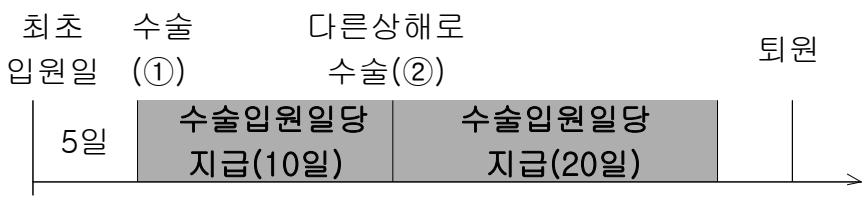
【수술이 입원기간 중 시행되지 않은 경우[예시]】

- 수술하고 5일 경과 후 동일한 상해치료를 위해 입원, 총입원일수 50일



2 일반상해수술입원일당 지급기간 중 다른 상해를 입고 그 상해의 직접적인 결과로써 수술을 받은 경우 수술입원일당의 지급일수는 그 날을 최초수술일로 보아 20일을 최고 한도로 합니다.

【수술입원일당 지급기간 중 다른 상해로 수술한 경우[예시]】
- 최초입원 5일경과 후 수술(①), 수술(①) 후 10일경과 후 다른 상해를 입고 수술(②), 총입원 일수 50일



3 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 상해수술입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
4 피보험자가 보장개시일 이후 상해수술입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 상해수술입원에 대하여는 제1항에 따라 일반상해수술입원일당을 계속 보상합니다.
5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 상해수술입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
7 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 목적의 치료를 위한 상해수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산
② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
③ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만,

유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

㉢ 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)

㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)

⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

다만, 일반상해수술입원일당(1일이상 20일한도)Q보장 특별약관을 가입한 경우에는 선천적 기형 및 이에 근거한 병상으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을

가하는 수술도 포함됩니다.

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로

가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-43. 심한상해수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해의 직접 결과로써 제3조(심한상해의 정의 및 진단확정)에서 정한「심한상해」를 입고 그「심한상해」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 심한상해수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 같은 상해로 두 종류 이상의 심한상해수술을 받거나 같은 종류의 심한상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 심한상해수술비만을 지급합니다.

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

제3조(심한상해의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서「심한상해」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 신경 및 장기손상으로 분류되는 상해로,「신경 및 장기손상 분류표」(【별표-상해7(신경 및 장기손상 분류표)】에서 정한 상해를 말합니다.

2 제1항의「심한상해」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「심한상해」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는

국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조

항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-44. 종합병원 일반상해입원일당 (1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 제4조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원(이하「종합병원」이라 합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 종합병원 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 종합병원 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.

4 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

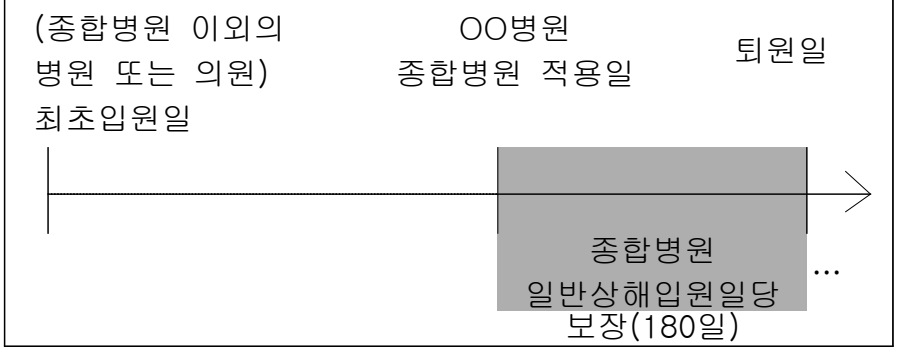
5 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 종합병원 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

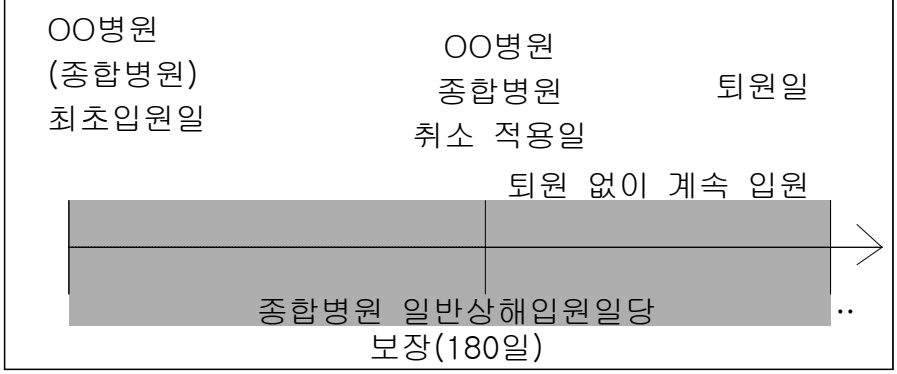
8 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 해당하는 경우에는 종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원 중에 종합병원에 해당하는 경우 [예시]】



⑨ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 적용이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【종합병원 입원 중에 해당병원이 종합병원 적용이 취소된 경우 [예시]】



⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의

3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】 ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. 1. 100개 이상의 병상을 갖출 것 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것 ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다)외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-45. 신골절치료비(치아파절포함) 보장 특별약관

1-46. 갱신형 신골절치료비 (치아파절포함)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로 【별표-상해8(신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표)】에 정한 신골절로 진단 확정시 보험수익자에게 1사고당 보험가입금액에【별표-상해8(신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표)】의 각 호에 정한 비율을 곱한 금액을 신골절치료비보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일사고에 의해 2종류 이상의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 각각에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 그 합계액을 지급하나, 신체 동일부위에 발생한 골절 등에 대해서는 그 중 가장 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 이 경우 회사가 지급하여야할 보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

2 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 골다공증(뼈 조직의 구성은 정상이나 그 뼈의 단위 체적당 뼈의 양이 감소된 상태를 말합니다.)의 영향이 있는 골절 및 특발성 골절(피보험자가 가지고 있는 기초질환 때문에 뼈가 외부로의 힘에 대한 저항력이 약하여 가벼운 외부의 힘에도 골절이 일어나는 경우를 말합니다)에 대하여는 골절의 부위나 종류에 관계없이 1사고당【별표-상해8(신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표)】에 따라 해당 보험금을 지급합니다.

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

제3조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷,

특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제4조(보험기간)
이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의

갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-47. 상급종합병원 일반상해입원일당 (1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 제4조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원(이하「상급종합병원」이라 합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 상급종합병원 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상급종합병원 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.

4 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

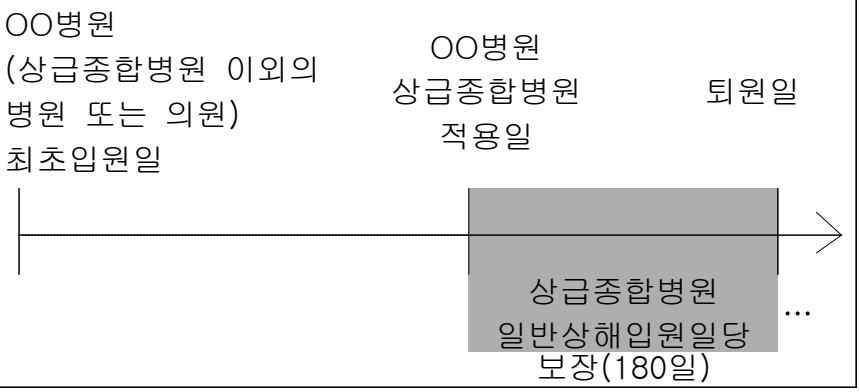
5 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 상급종합병원 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

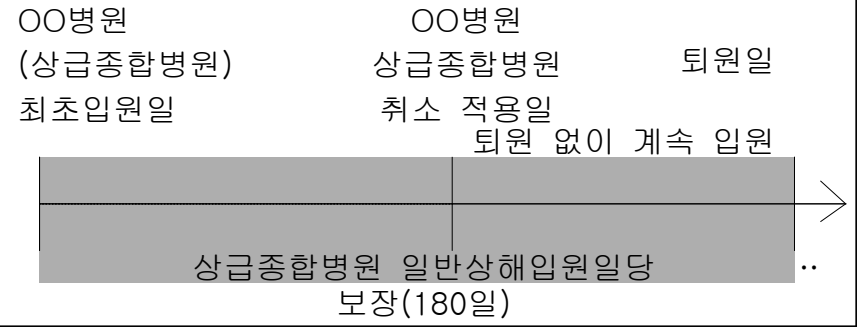
8 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 [예시]】



⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【상급종합병원 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 [예시]】



⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3

조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 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.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-48. 일반상해입원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고한도로 합니다.

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

3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.

4 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-49. 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당(1일이상 10일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 제4조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원(이하「상급종합병원」이라 합니다) 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 10일을 최고 한도로 합니다.

2 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.

4 피보험자가 다른 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

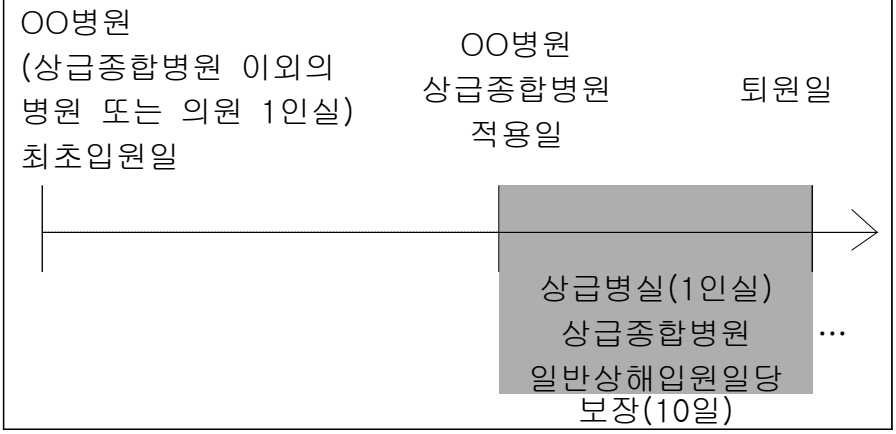
6 피보험자가 상급종합병원 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

7 피보험자가 상급종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하

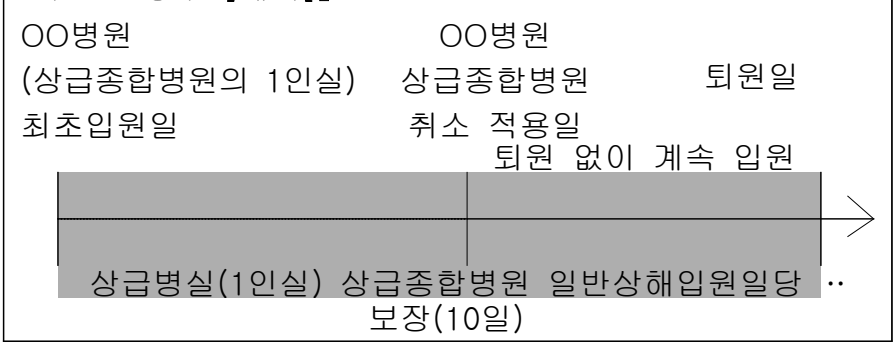
는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【상급종합병원 이외의 병원 또는 의원 1인실에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 [예시]】



9 피보험자가 상급종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【상급종합병원 1인실 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 [예시]】



10 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다

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

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료

가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 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.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립

부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-50. 수술비(1~7종, 연간3회한) [상해]보장 특별약관

1-51. 갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)[상해]보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

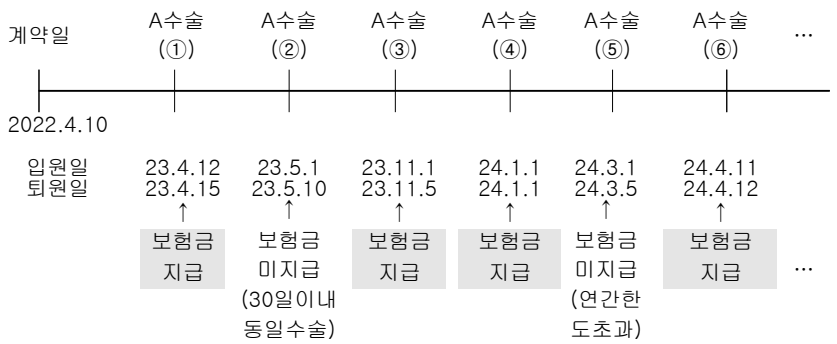
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 【별표-상해·질병1(1~7종 수술분류표)】에서 정한「수술」을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 수술비로 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 수술에 한하여 보장하며, 하나의 수술코드당 연간 3회에 한하여 보장합니다.

구 분	지급금액
1종수술	상해1종 수술비보장 보험가입금액
2종수술	상해2종 수술비보장 보험가입금액
3종수술	상해3종 수술비보장 보험가입금액
4종수술	상해4종 수술비보장 보험가입금액
5종수술	상해5종 수술비보장 보험가입금액
6종수술	상해6종 수술비보장 보험가입금액
7종수술	상해7종 수술비보장 보험가입금액

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

3 다만, 30일내에 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술코드에 해당되는「수술」을 받은 경우에는 제1항의 수술비를 지급하지 않습니다. 이 때, 30일이라 함은 수술비가 지급된 수술코드에 대하여 그「수술」이 행해진 해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일의 다음날부터 이후 동일한 수술코드가 부여된 입원의 입원일 또는 통원의 통원일까지의 기간을 말합니다.

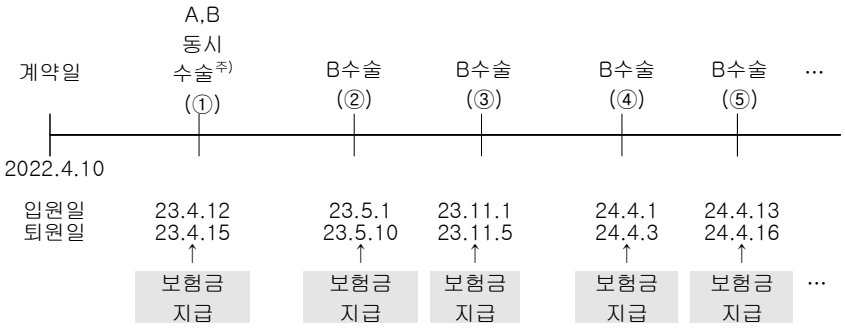
【보험금 지급예시(1)】



※ 설명

① : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)
② : 보험금 미지급
(직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일[23.4.15]부터 동일수술이 행해진 입원의 입원일[23.5.1]까지의 기간(16일)이 30일이내이므로 보험금 미지급)
③ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두 번째 A수술)
④ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세 번째 A수술)
⑤ : 보험금 미지급
(A수술, 연간 지급횟수(3회) 초과되었으므로 보험금 미지급)
⑥ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)

【보험금 지급예시(2)】



주) 2가지 수술코드가 부여되었으나, 수술종류가 A수술이 높은 경우

※ 설명
① : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)
(수술종류가 높은 A수술에 해당하는 보험금 지급)
② : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 B수술)
③ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두 번째 B수술)
④ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세 번째 B수술)
⑤ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 B수술)
(직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일[24.4.3]부터 동일수술이 행해진 입원의 입원일[24.4.13]까지의 기간(10일)이 30일이내이지만 새로운 연간에 해당되므로 보험금 지급)

제2조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 피보험자의 상해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에【별표-상해·질병1(1~7

종 수술분류표)】에서 정한 수술코드(이하「수술코드」라 합니다.)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의「수술코드」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하「요양급여」라 합니다) 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고,「진단명기준환자군(Diagnosis Related Group, DRG)」분류체계에 따라 부여된「ADRG(Adjacent DRG)」중 이 특별약관 정한 코드를 말합니다.

【진단명기준환자군(DRG)】

환자의 주진단명 및 기타진단명, 수술처치명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 유사한 그룹으로 분류하는 것을 말하며, 이 특별약관의 진단명기준환자군(DRG) 분류체계는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【ADRG(Adjacent DRG)】

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라“외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 의료행위[주1)]와 진단명[주2)]에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위

의료행위란 보건복지부에서 고시하는“건강보험 행위급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수”에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명

진단명이란 통계청에서 고시하는“한국표준질병·사인분류”상의 분류번호를 말합니다.

4 제3항의「수술코드」에서 향후「진단명기준환자군(DRG)」개정으로 동일한 수술에 대해「수술코드」가 변경되는 경우에도 이 특별약관의 체결시점에서 정한「수술코드」를 따릅니다.

【설명】
- (예시) 이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 A010이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술코드가 A080으로 변경된 경우에도 A010에 해당하는 수술비를 지급합니다.
- 회사는 피보험자가 수술받은 시점의 주진단범주(MDC)와 의료행위를 이 특별약관 체결시점의 진단명기준환자군(DRG) 기준에 적용합니다
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술코드를 기준으로 수술비를 지급합니다.

5 제3항 및 제4항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.

6 제1항의 수술은「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-72호, 2021.3.4.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술에 포함하여 보장합니다.

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한하여 수술비를 지급합니다.

ADGR는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술을 받더라도 진단명기준환자군(DRG)에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다. (예시) 피보험자가 입원을 하고“치료적 자궁소파술(N141)”과 “복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)(N021)”을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 외과적 우선순위에 따라 생성되는 ADRG는“복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)(N021)”입니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 수술종류가 높은 하나의 수술코드에 한하여 수술비를 지급합니다.

3 피보험자가 동일한 상해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

4 이 특별약관의 보험기간이 끝난 때에도 피보험자가 계속입원 중에 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 이 특별약관에서 정한 바에 따라 보장합니다.

5 피보험자가「국민건강보험법」또는「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술하였으나 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우에 한하여 회사는 제2조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.

6 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 수술비와 제5항의 수술코드에 해당하는 수술비를 각각 지급합니다.

7「단순 자궁 수술(악성종양 제외)[수술코드 N031, N032]」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤으나 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 따라 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

① 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
② 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
③ 상해를 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
④ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
⑤ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

3 회사는 【별표-상해·질병1(1~7종 수술분류표)】의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

4 회사는「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 해당하는 수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

5 질병을 원인으로 수술을 하여 【별표-상해·질병1(1~7종 수술분류표)】에서 정한 수술코드를 받은 경우에는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명 포함), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

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

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

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-52. 수술비(1~7종, 연간3회한)(태아고급형)[상해]보장 특별약관

1-53. 갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)(태아고급형)[상해]보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

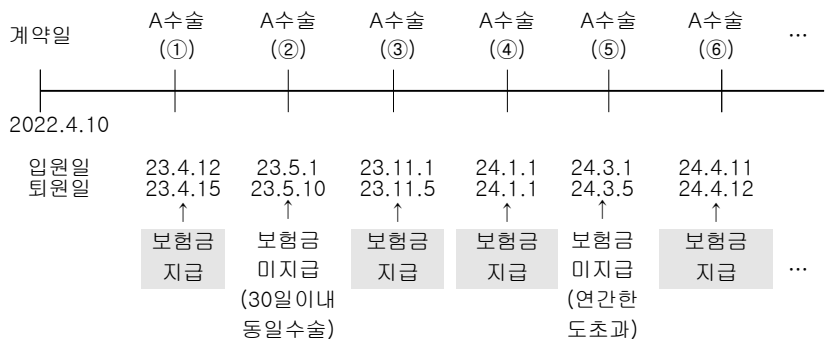
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 【별표-상해·질병3(1~7종 수술분류표Ⅱ)】에서 정한「수술」을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 수술비로 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 수술에 한하여 보장하며, 하나의 수술코드당 연간 3회에 한하여 보장합니다.

구 분	지급금액
1종수술	상해1종 수술비보장 보험가입금액
2종수술	상해2종 수술비보장 보험가입금액
3종수술	상해3종 수술비보장 보험가입금액
4종수술	상해4종 수술비보장 보험가입금액
5종수술	상해5종 수술비보장 보험가입금액
6종수술	상해6종 수술비보장 보험가입금액
7종수술	상해7종 수술비보장 보험가입금액

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

3 다만, 30일내에 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술코드에 해당되는「수술」을 받은 경우에는 제1항의 수술비를 지급하지 않습니다. 이 때, 30일이라 함은 수술비가 지급된 수술코드에 대하여 그「수술」이 행해진 해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일의 다음날부터 이후 동일한 수술코드가 부여된 입원의 입원일 또는 통원의 통원일까지의 기간을 말합니다.

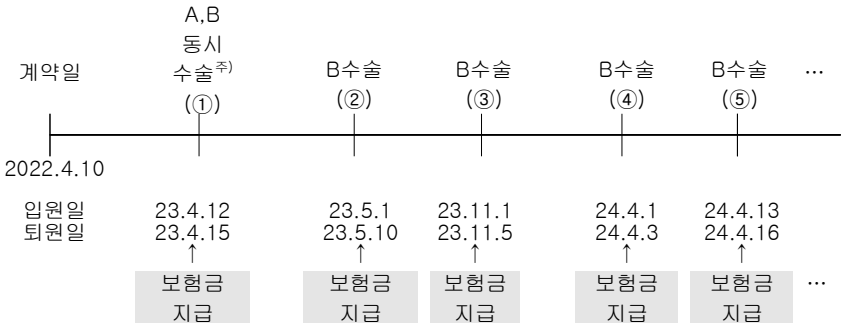
【보험금 지급예시(1)】



※ 설명

① : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)
② : 보험금 미지급
(직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일[23.4.15]부터 동일수술이 행해진 입원의 입원일[23.5.1]까지의 기간(16일)이 30일이내이므로 보험금 미지급)
③ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두 번째 A수술)
④ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세 번째 A수술)
⑤ : 보험금 미지급
(A수술, 연간 지급횟수(3회) 초과되었으므로 보험금 미지급)
⑥ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)

【보험금 지급예시(2)】



주) 2가지 수술코드가 부여되었으나, 수술종류가 A수술이 높은 경우

※ 설명
① : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)
(수술종류가 높은 A수술에 해당하는 보험금 지급)
② : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 B수술)
③ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두 번째 B수술)
④ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세 번째 B수술)
⑤ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 B수술)
(직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일[24.4.3]부터 동일수술이 행해진 입원의 입원일[24.4.13]까지의 기간(10일)이 30일이내이지만 새로운 연간에 해당되므로 보험금 지급)

제2조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 피보험자의 상해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에【별표-상해·질병3(1~7

종 수술분류표Ⅱ)】에서 정한 수술코드(이하「수술코드」라 합니다.)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의「수술코드」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하「요양급여」라 합니다) 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고,「진단명기준환자군(Diagnosis Related Group, DRG)」분류체계에 따라 부여된「ADRG(Adjacent DRG)」중 이 특별약관 정한 코드를 말합니다.

【진단명기준환자군(DRG)】

환자의 주진단명 및 기타진단명, 수술처치명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 유사한 그룹으로 분류하는 것을 말하며, 이 특별약관의 진단명기준환자군(DRG) 분류체계는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【ADRG(Adjacent DRG)】

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라“외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 의료행위[주1)]와 진단명[주2)]에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위

의료행위란 보건복지부에서 고시하는“건강보험 행위급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수”에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명

진단명이란 통계청에서 고시하는“한국표준질병·사인분류”상의 분류번호를 말합니다.

4 제3항의「수술코드」에서 향후「진단명기준환자군(DRG)」개정으로 동일한 수술에 대해「수술코드」가 변경되는 경우에도 이 특별약관의 체결시점에서 정한「수술코드」를 따릅니다.

【설명】
- (예시) 이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 A010이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술코드가 A080으로 변경된 경우에도 A010에 해당하는 수술비를 지급합니다.
- 회사는 피보험자가 수술받은 시점의 주진단범주(MDC)와 의료행위를 이 특별약관 체결시점의 진단명기준환자군(DRG) 기준에 적용합니다
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술코드를 기준으로 수술비를 지급합니다.

5 제3항 및 제4항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.

6 제1항의 수술은「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-72호, 2021.3.4.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술에 포함하여 보장합니다.

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한하여 수술비를 지급합니다.

ADGR는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술을 받더라도 진단명기준환자군(DRG)에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다. (예시) 피보험자가 입원을 하고“치료적 자궁소파술(N141)”과 “복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)(N021)”을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 외과적 우선순위에 따라 생성되는 ADRG는“복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)(N021)”입니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 수술종류가 높은 하나의 수술코드에 한하여 수술비를 지급합니다.

3 피보험자가 동일한 상해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

4 이 특별약관의 보험기간이 끝난 때에도 피보험자가 계속입원 중에 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 이 특별약관에서 정한 바에 따라 보장합니다.

5 피보험자가「국민건강보험법」또는「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술하였으나 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우에 한하여 회사는 제2조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.

6 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 수술비와 제5항의 수술코드에 해당하는 수술비를 각각 지급합니다.

7「단순 자궁 수술(악성종양 제외)[수술코드 N031, N032]」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤으나 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사항에 따라 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

① 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
② 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
③ 상해를 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
④ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
⑤ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

3 회사는 【별표-상해·질병3(1~7종 수술분류표Ⅱ)】의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

4 회사는「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 해당하는 수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

5 질병을 원인으로 수술을 하여 【별표-상해·질병3(1~7종 수술분류표Ⅱ)】에서 정한 수술코드를 받은 경우에는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명 포함), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

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

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

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-54. 특정외상성손상진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써「특정외상성손상」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정외상성손상진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「특정외상성손상」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 특정외상성손상진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 특정외상성손상진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특정외상성손상의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「특정외상성손상」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표-상해11(특정외상성손상 분류표)】에서 정한 상병을 말합니다. 단, 수술을 하지 않은 탈장 및 내부 장기의 단순 부종이나 단순 울혈 등은 제외 합니다.

2「특정외상성손상」의 진단환정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 초음파검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서(병명 및 상병 분류번호 기입), 진료기록부(검사결과지 포함), 진료비계산서 등))
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

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

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정외상성손상진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

1-55. 특정상해진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로「특정상해(1~5급)」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 상해구분에 따라 1사고당 아래의 금액을 특정상해(1~5급)진단비로 지급합니다.

상해구분	지급금액
특정상해1급	특정상해1급 진단비보장 보험가입금액
특정상해2급	특정상해2급 진단비보장 보험가입금액
특정상해3급	특정상해3급 진단비보장 보험가입금액
특정상해4급	특정상해4급 진단비보장 보험가입금액
특정상해5급	특정상해5급 진단비보장 보험가입금액

2 동일한 사고로 2종류 이상의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 가장 높은 상해구분에 해당하는 하나의 상해구분에 한하여 진단비를 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특정상해(1~5급)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「특정상해(1~5급)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중【별표-상해12(특정상해(1~5급) 분류표)】에 해당하는 상병을 말합니다.

2「특정상해(1~5급)」에 대한 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 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI), 방사선 촬영(X-ray), 초음파, 내시경 등 기타 정밀검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「특정상해(1~5급)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여

야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 영상자료 및 각종 검사결과지(전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI), 방사선 촬영(X-ray), 초음파, 내시경 등), 진료비내역서 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.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

Ⅱ. 질병관련 특별약관

2-1. 종합병원 질병입원일당(1일이상) 보장 특별약관

2-2. 종합병원 질병입원일당(1일이상)Q 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원(이하「종합병원」이라 합니다)에 입원하였을 경우 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 질병입원일당으로 지급합니다.

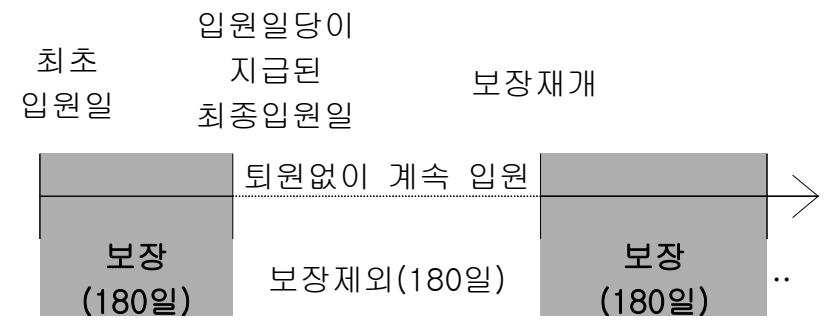
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 종합병원 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 종합병원 질병입원일당 [예시]】



4 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 종합병원 질병입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

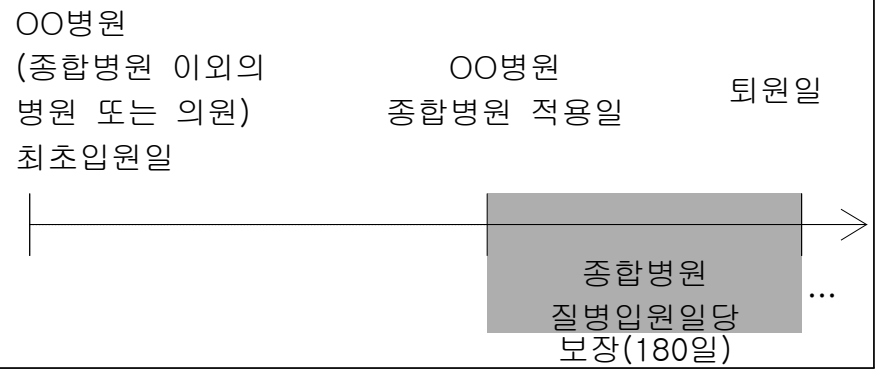
6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

7 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

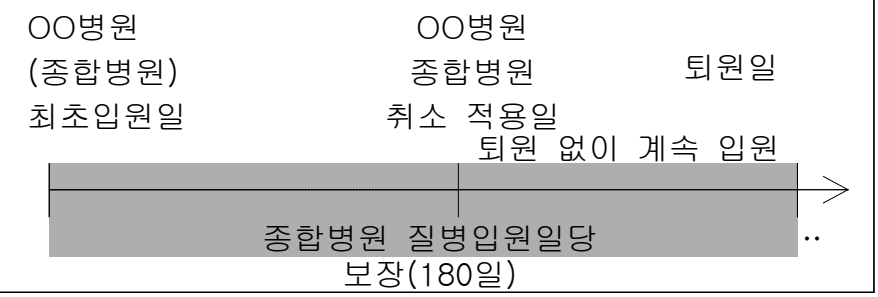
9 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 해당하는 경우에는 종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

【종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원 중에 종합병원에 해당하는 경우 [예시]】



10 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 적용이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

【종합병원 입원 중에 해당병원이 종합병원 적용이 취소된 경우 [예시]】



⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】 ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. 1. 100개 이상의 병상을 갖출 것 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것 ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다)외에 필요하

면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제5조(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 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

다만, 종합병원 질병입원일당(1일이상)Q보장 특별약관을 가입한 경우에는 선천성 뇌질환으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑥ 성병

⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립

부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-3. 암진단비(유사암제외)보장 특별약관

2-4. 암진단비(유사암제외)추가보장 특별약관

2-5. 갱신형 암진단비(유사암제외) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「암(유사암제외)」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암진단비(유사암제외)로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「암(유사암제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

2「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암(유사암제외)」

의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
3 그러나, 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이「암(유사암제외)」으로 확정되거나 추정되는 경우

4 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.

【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(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외) 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서

정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-6. 유사암진단비보장 특별약관

2-7. 유사암진단비추가보장 특별약관

2-8. 갱신형 유사암진단비 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암진단비로 지급합니다.

2 「유사암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며,「유사암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

3 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 유사암진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 유사암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표-질병3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표-질병4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
4 이 특별약관에 있어「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
5 이 특별약관에 있어「유사암」이라 함은「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.
6「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나, 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
7 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의

갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-9. 5대고액치료비암진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「5대고액치료비암」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 5대고액치료비암진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「5대고액치료비암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 5대고액치료비암진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 5대고액치료비암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「5대고액치료비암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「5대고액치료비암」으로 분류되는 질병으로【별표-질병5(5대고액치료비암 분류표)】에서 정한 식도의 악성신생물(암), 췌장의 악성신생물(암), 골 및 관절연골의 악성신생물(암), 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물(암), 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

2「5대고액치료비암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「5대고액치료비암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나, 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보

험자가「5대고액치료비암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
3 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대고액치료비암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-10. 암수술비(유사암제외) 보장 특별약관

2-11. 갱신형 암수술비(유사암제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 암수술비(유사암제외)로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술비(유사암제외)가 지급되지 않습니다.

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

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

2「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나, 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(유사암제외)」로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명

확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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

⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】 - 체외 충격파 쇄석술 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

5 제4항 제8호의「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제8호의「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외 합니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금

을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-12. 유사암수술비보장 특별약관

2-13. 갱신형 유사암수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 항암방사선 및 항암약물치료시에는 유사암수술비가 지급되지 않습니다.

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

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표-질병3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표-질병4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어「유사암」이라 함은「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.

6 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나, 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

【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(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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
⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

5 제4항 제8호의「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제8호의「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외 합니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-14. 암직접치료입원일당(Ⅱ)
(요양병원제외, 1일이상)보장 특별약관

2-15. 갱신형 암직접치료입원일당(Ⅱ)
(요양병원제외, 1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

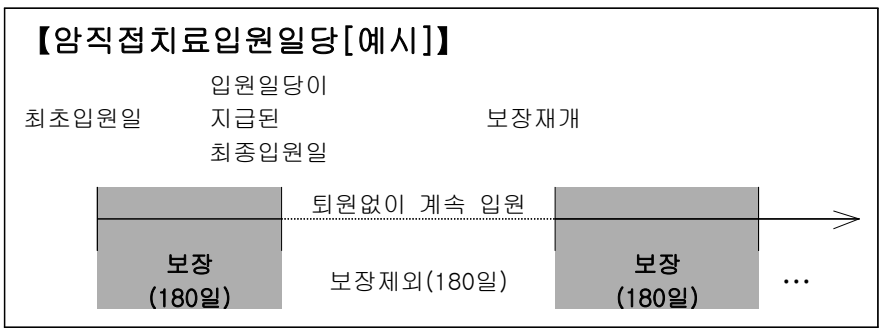
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「암 등의 질병」으로 진단확정되고 그「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 암직접치료입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 암직접치료입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 피보험자가 동일한「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 피보험자가「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 암직접치료입원일당을 계속 보장합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원(요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한

것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
7 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.
2 이 특별약관에 있어「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표-질병3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
3 이 특별약관에 있어「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
4 이 특별약관에 있어「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표-질병4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
5 이 특별약관에 있어「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
6 이 특별약관에 있어「암 등의 질병」이라 함은「암(유사암제외)」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.
7「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소

견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암 등의 질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나, 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

8 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.

【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(「암 등의 질병의 직접적인 치료」의 정의)

1 이 특별약관에 있어서「암 등의 질병의 직접적인 치료」라 함은「암 등의 질병」을 제거하거나「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

2「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료,「암 등의 질병」을 제거하거나「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

3「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등「암 등의 질병」의 제거 또는「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

② 면역력 강화 치료

③ 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암 등의 질병의 직접적인 치료」로 봅니다.

① 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료

② 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료

③ 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

3. "말기환자(末期患者)"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환에 대하여 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

가. 암

제5조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 「입원」 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 및 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」 라 합니다)가 「암 등의 질병」 의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 「암 등의 질병」 의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암 등의 질병」 으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여, 「암 등의 질병」 의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암 등의 질병의 직접적인 치료」 를 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암 등의 질병의 직접적인 치료」 를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로

「암 등의 질병」으로 진단된 경우에는「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(보험기간)
이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-16. 암요양병원입원일당(Ⅱ)
(1일이상 90일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「암 등의 질병」으로 진단확정되고 그「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 암요양병원입원일당으로 지급합니다.

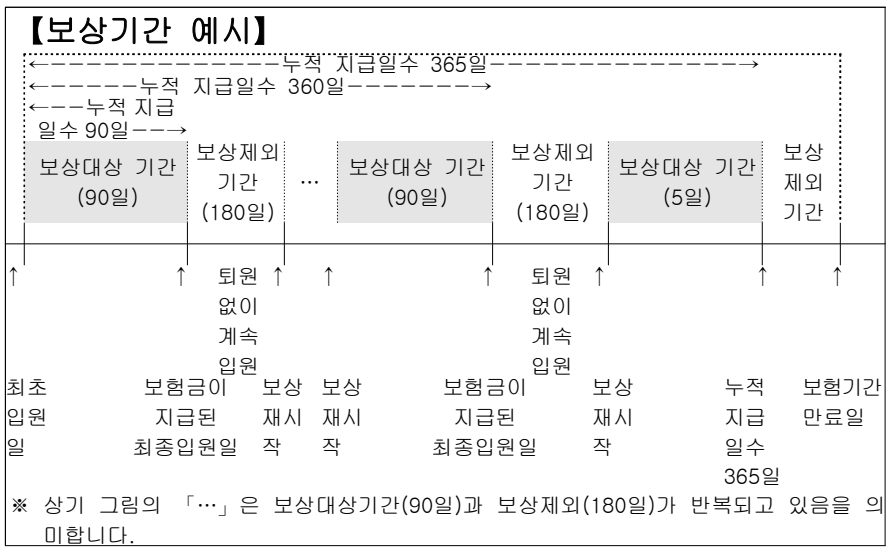
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 암요양병원입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

2 피보험자가 동일한「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 1일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 제3항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 보장개시일부터 지급된 암요양병원입원일당 보험금의 누적 지급일수(이하 「누적 지급일수」라 합니다)가 365일 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 암요양병원입원일당 보험금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단 받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.



※ 상기 그림의 「…」은 보상대상기간(90일)과 보상제외(180일)가 반복되고 있음을 의미합니다.

5 피보험자가「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 암요양병원입원일당을 계속 보장합니다.

6 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

7 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원일당의 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)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표-질병3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어「기타피부암」이라 함은 제8차 한국

표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
4 이 특별약관에 있어「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표-질병4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.
5 이 특별약관에 있어「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
6 이 특별약관에 있어「암 등의 질병」이라 함은「암(유사암제외)」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.
7「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암 」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나, 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
8 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.

【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(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사가「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여,「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「암 등의 질병」을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로「암 등의 질병」으로 진단된 경우에는 이는 암의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-17. 암요양병원입원일당(Ⅱ)
(1일이상 60일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「암 등의 질병」으로 진단확정되고 그「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 암요양병원입원일당으로 지급합니다.

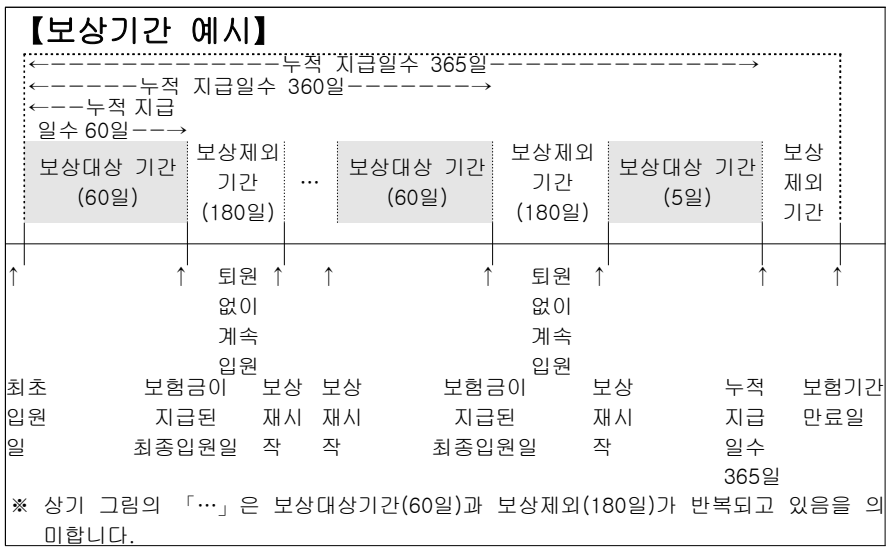
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 암요양병원입원일당의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

2 피보험자가 동일한「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 1일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 제3항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 보장개시일부터 지급된 암요양병원입원일당 보험금의 누적 지급일수(이하 「누적 지급일수」라 합니다)가 365일 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 암요양병원입원일당 보험금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단 받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.



5 피보험자가「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 암요양병원입원일당을 계속 보장합니다.

6 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

7 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원일당의 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)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표-질병3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어「기타피부암」이라 함은 제8차 한국

표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
4 이 특별약관에 있어「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표-질병4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.
5 이 특별약관에 있어「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
6 이 특별약관에 있어「암 등의 질병」이라 함은「암(유사암제외)」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.
7「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암 」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나, 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
8 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.

【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(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사가「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하여,「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「암 등의 질병」을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로「암 등의 질병」으로 진단된 경우에는 이는 암의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-18. 항암방사선약물치료비보장 특별약관

2-19. 갱신형 항암방사선약물치료비 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암(유사암제외)으로 항암방사선·약물치료시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암으로 항암방사선·약물치료시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 20%

2 다만,「암(유사암제외)」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후「기타피부암」또는「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 기타피부암, 갑상선암으로 항암방사선·약물치료시에 해당하는 보험금은 지급하지 않으며,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후「암(유사암제외)」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 암으로 항암방사선·약물치료시에 해당하는 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니

다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

3 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

4「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

【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(항암방사선·약물치료의 정의)

1 이 특별약관에 있어「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한「암(유사암제외)」으로 인한 항암방사선약물치료비(「기타피부암」및「갑상선암」으로 인한 항암방사선·약물치료시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그때부터 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로

가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-20. 뇌졸중진단비보장 특별약관

2-21. 뇌졸중진단비추가보장 특별약관

2-22. 갱신형 뇌졸중진단비 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「뇌졸중」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 뇌졸중진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표-질병6(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

2「뇌졸중」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 뇌전산화단층촬영(brain CT scan),자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할

수 있습니다.
3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 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

제4조(보험기간)
이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-23. 급성심근경색증진단비보장 특별약관

2-24. 급성심근경색증진단비 추가보장 특별약관

2-25. 갱신형 급성심근경색증진단비 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 급성심근경색증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 급성심근경색증진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로【별표-질병8(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성 심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

2「급성심근경색증」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(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 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

제4조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 급성심근경색증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-26. 질병입원일당(1일이상) 보장 특별약관

2-27. 질병입원일당(1일이상)추가 보장 특별약관

2-28. 갱신형 질병입원일당(1일이상) 보장 특별약관

2-29. 질병입원일당(1일이상)Q 보장 특별약관

2-30. 질병입원일당(1일이상)Q추가 보장 특별약관

2-31. 갱신형 질병입원일당(1일이상)Q 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

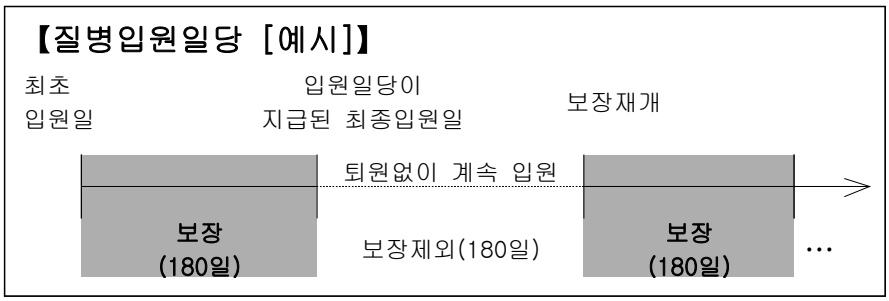
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속

중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원일당을 계속 보상합니다.
5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
7 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(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 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
다만, 질병입원일당(1일이상)Q보장 특별약관, 질병입원일당(1일이상)Q추가보장 특별약관 또는 갱신형 질병입원일당(1일이상)Q보장 특별약관을 가입한 경우에는 선천성 뇌질환으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑥ 성병
⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인

출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-32. 질병입원일당(4일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

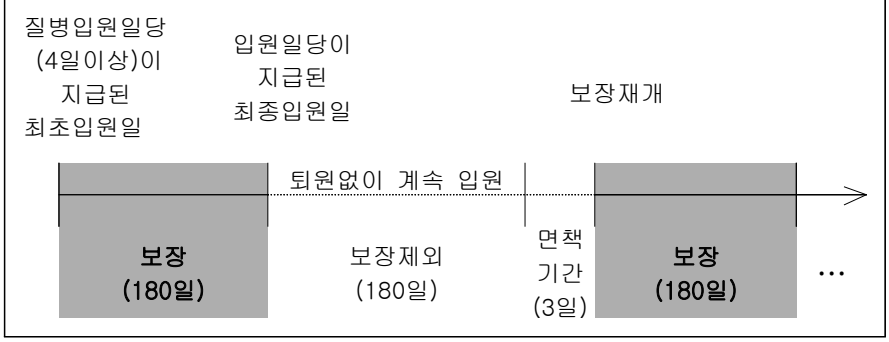
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【질병입원일당 [예시]】



4 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 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 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑥ 성병
⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-33. 질병중환자실 입원일당(1일이상) 보장 특별약관

2-34. 갱신형 질병중환자실 입원일당 (1일이상)보장 특별약관

2-35. 질병중환자실 입원일당(1일이상)Q 보장 특별약관

2-36. 갱신형 질병중환자실 입원일당 (1일이상)Q보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실 입원일당으로 지급합니다.

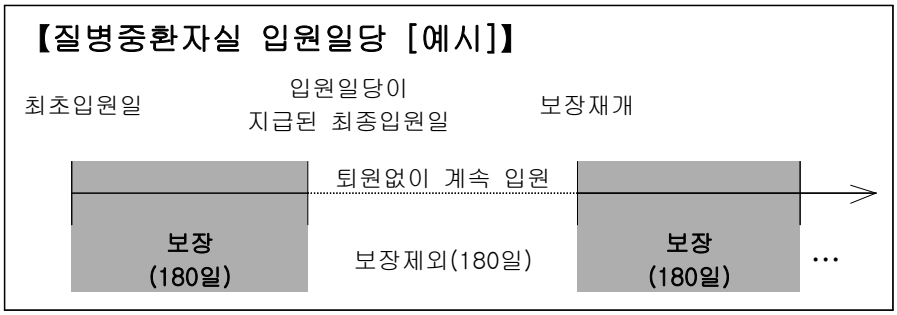
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의「중환자실」이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

2 질병중환자실 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

3 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

4 제3항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



5 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속

중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 질병중환자실 입원일당을 계속 보상합니다.
6 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
7 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실 입원일당의 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)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 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 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
다만, 질병중환자실 입원일당(1일이상)Q보장 특별약관 또는 갱신형 질병중환자실 입원일당(1일이상)Q보장 특별약관을 가입한 경우에는 선천성 뇌질환으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑥ 성병
⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공

유산, 불임시술, 제왕절개수술
② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)
1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(보험기간)
이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)

은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

[의료법 시행규칙 별표4] 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을중환자실 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 10제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하「신생아중환자실」이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우「병상 1개당 면적」은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트이상 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.

2-37. 7대질병입원일당보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「7대질병」으로 진단확정되고 그「7대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 7대질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 7대질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

2 동일한 7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한 7대질병에 대한 입원이라도 7대질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 7대질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 7대질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 피보험자가 7대질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 7대질병입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한「7대질병」의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 7대질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(7대질병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관의「7대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병

사인분류에 있어서 7대질병으로 분류되는 질병으로,【별표-질병36(7대질병 분류표)】에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압질환, 당뇨병질환, 만성하부호흡기질환, 위·십이지장궤양을 말합니다.
2 「7대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan),자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「7대질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 7대질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서「7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 7대질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 7대질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 7대질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 7대질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 7대질병으로 진단된 경우에는 이는 7대질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조

항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-38. 질병수술비보장 특별약관
2-39. 질병수술비추가보장 특별약관
2-40. 갱신형 질병수술비보장 특별약관
2-41. 질병수술비Q보장 특별약관
2-42. 질병수술비Q추가보장 특별약관
2-43. 갱신형 질병수술비Q보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병수술을 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.

제3조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를

인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

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

4 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외하며, 질병수술비보장 특별약관, 질병수술비추가보장 특별약관 또는 갱신형 질병수술비보장 특별약관을 가입한 경우에는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우도 제외합니다.

5 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

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 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
① 정신 및 행동장애(F04~F99)
② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
다만, 질병수술비Q보장 특별약관, 질병수술비Q추가보장 특별약관 또는 갱신형 질병수술비Q보장 특별약관을 가입한 경우에는 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
⑤ 비만(E66)
⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
⑦ 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
① 건강검진, 예방접종, 인공유산
② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
③ 단순한 피로 또는 권태
④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis),「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

㉢ 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)

㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-44. 조혈모세포이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「조혈모세포이식」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 조혈모세포이식수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(조혈모세포이식수술의 정의 및 진단 확정)

이 특별약관에 있어「조혈모세포이식」이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포(hematopoietic stem cell)를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 다만, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

① 「동종(allogenic)골수조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

② 「동종(allogenic)말초조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

③ 「자가(autologous)골수조혈모세포이식」이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.

④ 「자가(autologous)말초조혈모세포이식」이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.

⑤「제대혈조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

【관련법규】 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 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식할 수 없다. 다만, 이식의료기관이 아닌 의료기관에서도 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등을 갖춘 경우에는 장기등을 적출할 수 있다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치

③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)

④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-45. 호흡기관련질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「호흡기관련질병」으로 진단확정되고 그「호흡기관련질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 호흡기관련질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(호흡기관련질병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관의「호흡기관련질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「호흡기관련질병」으로 분류되는 질병으로【별표-질병12(호흡기관련질병 분류표)】에서 정한 급성상기도감염, 상세불명의 상기도질환, 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액화농성 만성기관지염, 상세불명의 만성기관지염, 천식 및 천식지속 상태, 폐렴, 제향군인병, 폐렴이 합병된 홍역, 수두폐렴, 거대세포바이러스폐렴 또는 폐 톡소포자충증을 말합니다.

2「호흡기관련질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제

10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-46. 충수염수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「충수염(맹장염)」으로 진단확정되고 그「충수염(맹장염)」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 충수염수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(충수염의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관의「충수염(맹장염)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「충수염(맹장염)」으로 분류되는 질병(【별표-질병13(충수염(맹장염) 분류표)】 참조)을 말합니다.

2「충수염(맹장염)」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 충수염수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제

10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-47. 당뇨병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「당뇨병질환」으로 진단확정되고 그「당뇨병질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 당뇨병수술비로 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제3조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 당뇨병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(당뇨병질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관의「당뇨병질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「당뇨병질환」으로 분류되는 질병(【별표-질병14(당뇨병질환 분류표)】 참조)을 말합니다.

2「당뇨병질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니

다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립

부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-48. 특정전염병진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에【별표-질병15(특정전염병 분류표)】에서 정한 특정전염병에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 특정전염병진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 특정전염병으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 특정전염병진단비를 지급합니다. 다만, 제3조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 특정전염병진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다

2-49. 양성뇌종양진단비Ⅱ보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「양성뇌종양」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 양성뇌종양진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「양성뇌종양」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 양성뇌종양진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 양성뇌종양진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(양성뇌종양의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어「양성뇌종양」이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 한국표준질병·사인분류 중【별표-질병35(양성뇌종양(경계성종양제외) 대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형, 경계성종양은 보장에서 제외합니다.

2「양성뇌종양」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하「의사」라고 합니다) 중 신경과, 신경외과 또는 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「양성뇌종양」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다

2-50. 4대양성종양진단비보장 특별약관

이 특별약관은 아래의 4개 세부보장으로 구성되어 있습니다. ① 대장 양성종양및특정폴립진단비 ② 위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립진단비 ③ 중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비 ④ 골,관절연골 양성종양진단비

제1조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제2조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제2조(세부보장에 관한 사항)

① 대장 양성종양및특정폴립진단비

1.(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중「대장 양성종양및특정폴립」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 대장 양성종양및특정폴립진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「대장 양성종양및특정폴립」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 의 대장 양성종양및특정폴립진단비를 지급합니다. 다만, 3.(보장의 소멸) 제3항에 따라 이 보장책임의 책임준비금을 지급한 경우에는 대장 양성종양및특정폴립진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

2.(대장 양성종양및특정폴립의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「대장 양성종양및특정폴립」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중【별표-질병38(대장 양성종양및특정폴립 분류표)】에서 정한 질병을 말하며, 염증성 폴립은 보장질병에서 제외합니다.

2「대장 양성종양및특정폴립」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「대장 양성종양및특정폴립」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3.(보장의 소멸)

1 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 대장 양성종양및특정폴립진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 회사는 이 보장책임의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 이 보장책임의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장책임의 책임준비금을 지급합니다.

② 위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립진단비

1.(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중「위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립진단비를 지급합니다. 다만, 3.(보장의 소멸) 제3항에 따라 이 보장책임의 책임준비금을 지급한 경우에는 위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

2.(위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중【별표-질병39(위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립 분류표)】에서 정한 질병을 말하며, 염증성 폴립은 보장질병에서 제외합니다.

2「위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립」으로 진단 또

는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3.(보장의 소멸)
1 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 회사는 이 보장책임의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
2 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 이 보장책임의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장책임의 책임준비금을 지급합니다.

③ 중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비

1.(보험금의 지급사유)
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중「중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비로 지급합니다.
2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비를 지급합니다. 다만, 3.(보장의 소멸) 제3항에 따라 이 보장책임의 책임준비금을 지급한 경우에는 중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

2.(중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서「중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중【별표-질병40(중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
2「중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「중이,호

흡계통,흉곽내기관 양성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3.(보장의 소멸)

1 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 회사는 이 보장책임의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 이 보장책임의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장책임의 책임준비금을 지급합니다.

④ 골,관절연골 양성종양진단비

1.(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중「골,관절연골 양성종양」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 골,관절연골 양성종양진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「골,관절연골 양성종양」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 골,관절연골 양성종양진단비를 지급합니다. 다만, 3.(보장의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 골,관절연골 양성종양진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

2.(골,관절연골 양성종양의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「골,관절연골 양성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중【별표-질병41(골,관절연골 양성종양 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2「골,관절연골 양성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단방법이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「골,관절연골 양성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화

된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3.(보장의 소멸)
1 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 골,관절연골 양성종양진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 회사는 이 보장책임의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
2 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 이 보장책임의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장책임의 책임준비금을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 각 세부조항의「보험금의 지급사유」조항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(검사결과지 포함) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)
각 세부보장에서 정한「보장의 소멸」조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-51. 암진단비(유사암 및 소액암 제외) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「암(유사암 및 소액암 제외)」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암진단비(유사암 및 소액암 제외)로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「암(유사암 및 소액암 제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 암진단비(유사암 및 소액암 제외)를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 암진단비(유사암 및 소액암 제외)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암(유사암 및 소액암 제외)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암(유사암 및 소액암 제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중에서 아래의 악성신생물(암), 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.

대 상 질 병	분류번호
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 자궁경부의 악성신생물	C53
3. 자궁체부의 악성신생물	C54
4. 전립선의 악성신생물	C61
5. 방광의 악성신생물	C67

2「암(유사암 및 소액암 제외)」의 진단확정은 병리 또는

진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암(유사암 및 소액암 제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(유사암 및 소액암 제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

【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 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암 및 소액암 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한

사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

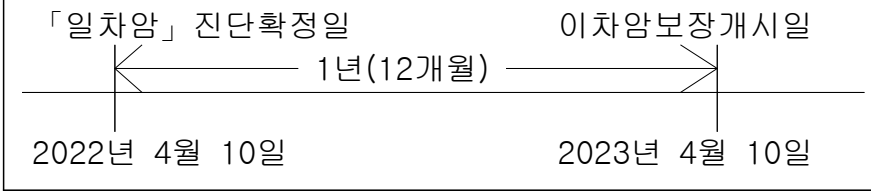
2-52. 이차암진단비보장 특별약관

제1조(회사의 보장개시)

1 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「이차암」에 대한 보장개시는「일차암」의 진단확정일부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지난날의 다음날(이하「이차암보장개시일」이라 합니다)로 합니다.

2 제1항에서 일차암이라 함은 이 특별약관의 보험기간 중에 최초로 진단확정된「암(유사암제외)」을 말합니다.

【이차암보장개시일[예시]】



제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 이차암보장개시일 이후「이차암」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 이차암진단비로 지급합니다.

2 제1항에서「이차암」이라 함은 이차암보장개시일 이후「일차암」으로 진단확정된 기관(organ)(【별표-질병19(기관(organ)분류표】참조)과 다른 기관(organ)에「원발암」이나「전이암」으로 진단확정된「암(유사암제외)」을 말합니다.

3 제2항에서「원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로「일차암」과 다른 조직병리학적 특성(histopath ological appearance)을 가진「암(유사암제외)」을 말합니다.

4 제2항에서「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는「암(유사암제외)」을 말합니다.

5 피보험자가 보험기간 중 이차암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 이차암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 이차암진단비를 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 이차암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 이차암보장개시일의 전일 이전에「암(유사암제외)」으로 진단확정 받았을 경우에 계약자는 진단확정일부터 그 날을 포함하여 90일이내에 이 특별약관을 취소할 수 있으며, 이 경우「일차암」진단확정일 시점의 이 특별약관의 책임준비금

을 돌려 드립니다. 다만, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

2 「일차암」으로 진단확정된 이후 이차암보장개시일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그「일차암」으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 이차암보장개시일부터 5년이 지난 이후「일차암」과 동일한 기관(organ)(【별표-질병19(기관(organ)분류표】 참조)에「암(유사암제외)」으로 진단확정된 경우에는 이차암으로 간주하여 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보상합니다.

3 제1항에서 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 이차암보장개시일 이전에 진단확정된「암(유사암제외)」이 동일한 기관(organ)(【별표-질병19(기관(organ)분류표】 참조)에 재발 또는 전이되어 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의「이차암」진단비 지급사유가 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다. 다만,「일차암」으로 진단확정된 이후 이차암보장개시일 이전에「암(유사암제외)」으로 진단확정 받았더라도 이차암보장개시일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 그「암(유사암제외)」으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우 이차암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는「이차암」으로 간주하여 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보상합니다.

【이차암보장 예시】 「일차암」은 입인두암(C10)에서 진단확정되고, 그로부터 1년이후 비인두암(C11)으로 진단확정된 경우에는 동일 기관(organ) 분류이기 때문에「이차암」으로 보상받지 못합니다. 그러나 그 후 비인두암(C11)이 전이되어 입술암(C00)으로 진단확정된 경우에는 다른 기관(organ) 분류이기 때문에「이차암」으로 보상받을 수 있습니다.

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.

제4조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니

다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

2 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

【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(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각 호에 해당하는 경우는 보장에서 제외합니다.

① 「일차암」진단확정일부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지나기전에 「이차암」으로 진단확정된 경우

② 「일차암」으로 진단확정된 기관(organ)과 같은 기관(organ)에 진단확정된 경우

③ 「일차암」으로 진단확정된 기관(organ)이 두 개 이상(예:「일차암」이 위(stomach)와 간(liver)에 동시에 진단확정된 경우)인 경우 그 기관(organ)들과 같은기관(organ)들 (예:위 및/또는 간)에만 암이 진단확정된 경우

④「일차암」으로 인하여'중피성 및 연조직'(【별표-질병19(기관(organ)분류표】 참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우
⑤「일차암」으로 인하여'비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계'(【별표-질병19(기관(organ)분류표】 참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우
⑥「일차암」이'비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계'(【별표-질병19(기관(organ)분류표】 참조)의 「암(유사암제외)」(예:백혈병, 림프종, 골수종 등)으로 진단확정되고 「암(유사암제외)」이 다시'비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계'의 암으로 진단확정된 경우

제6조(보험료의 납입면제)
회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[1종(보험료 납입면제 미적용형)]
1 회사는 피보험자가 보험기간 중「일차암」으로 진단확정되었을 때에는 해당 피보험자의 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 제8조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 계약이 소멸된 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
3 제1항부터 제2항까지의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[2종(보험료 납입면제형)]$
1 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
① 피보험자가 보장개시일 이후에 보통약관 제1절 일반조항 제27조의3(암(유사암제외), 유사암, 뇌혈관질환, 허혈성심장질환, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)에서 정한「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
② 피보험자가 보험료 납입기간 중에 보통약관 제1절 일반조항 제27조의3(암(유사암제외), 유사암, 뇌혈관질환, 허혈성심장질환, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의

정의 및 진단확정)에서 정한「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우

③ 피보험자가 보험료 납입기간 중에 보통약관 제1절 일반조항 제27조의3(암(유사암제외), 유사암, 뇌혈관질환, 허혈성심장질환, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)에서 정한「허혈성심장질환」으로 진단확정되었을 경우

④ 피보험자가 보험료 납입기간 중에 상해로【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

⑤ 피보험자가 보험료 납입기간 중에 진단 확정된 질병으로【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

⑥ 피보험자가 보험료 납입기간 중에 보통약관 제1절 일반조항 제27조의3(암(유사암제외), 유사암, 뇌혈관질환, 허혈성심장질환, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)에서 정한「유사암」으로 진단확정되었을 경우

⑦ 피보험자가 보험료 납입기간 중에 보통약관 제1절 일반조항 제27조의3(암(유사암제외), 유사암, 뇌혈관질환, 허혈성심장질환, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)에서 정한「양성뇌종양」으로 진단확정되었을 경우

⑧ 피보험자가 보험료 납입기간 중에 보통약관 제1절 일반조항 제27조의3(암(유사암제외), 유사암, 뇌혈관질환, 허혈성심장질환, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)에서 정한「중대한재생불량성빈혈」로 진단확정되었을 경우

2 제1항에도 불구하고 제8조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 계약이 소멸된 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

3 제1항부터 제2항까지의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 이차암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외합니다.

2-53. 환경성질환입원일당보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「환경성질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 환경성질환입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 환경성질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한「환경성질환」의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「환경성질환」에 대한 입원이라도 환경성질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 환경성질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 환경성질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 피보험자가「환경성질환」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 환경성질환입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「환경성질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 환경성질환입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(환경성질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관의「환경성질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「환경성질환」으로 분류되는 질병으로 【별표-질병17(환경성질환 분류표)】에서 정한 아토피, 알레르기성 비염, 천식, 급성기관지염, 폐렴, 외부요인에 의한 폐질환 및 중금속에 의한 질환을 말합니다.
2「환경성질환」의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)
1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 환경성질환의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서「환경성질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 환경성질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 환경성질환의 치료중에 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.

제5조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-54. 추간판장애(디스크질환)수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표-질병18(추간판장애 분류표)】에서 정한「추간판장애(디스크질환)」로 진단확정되고 그「추간판장애(디스크질환)」의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 추간판장애(디스크질환)수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-55. 질병수술입원일당(1일이상 20일한도) 보장 특별약관

2-56. 질병수술입원일당(1일이상 20일한도)Q 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래의 사유에 모두 해당되는 경우(이하「질병수술입원」이라 합니다)에는 보험수익자에게 최초수술일부터 입원 1일당 이 특별약관의 가입금액을 질병수술입원일당으로 지급합니다.

① 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우

② 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우

③ 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

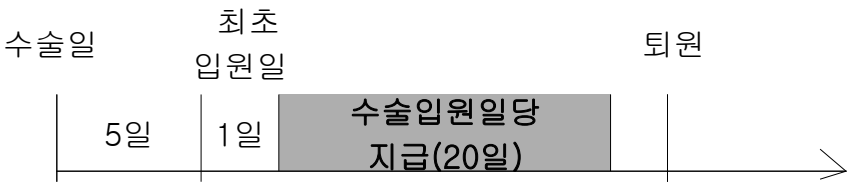
2 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제5조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 질병수술입원일당의 지급일수는 1회 질병수술입원당 최초수술일부터 20일을 최고 한도로 합니다. 다만, 수술이 입원기간 중 시행되지 않은 경우 1회 질병수술입원당 2일째 입원일부터 20일을 최고 한도로 합니다.

【수술이 입원기간 중 시행되지 않은 경우[예시]】

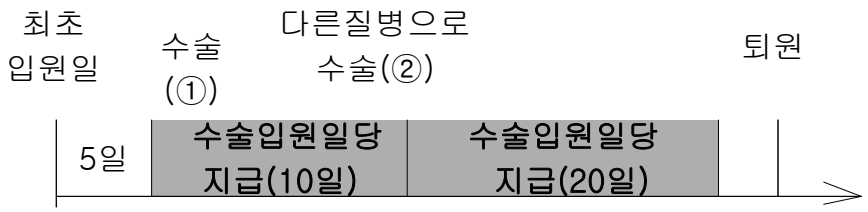
- 수술하고 5일 경과 후 동일한 질병치료를 위해 입원, 총입원일수 50일



2 질병수술입원일당 지급기간 중 다른 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 질병수술입원일당의 지급일수는 그 날을 최초수술일로 보아 20일을 최고 한도로 합니다.

【수술입원일당 지급기간 중 다른 질병으로 수술한 경우 [예시]】

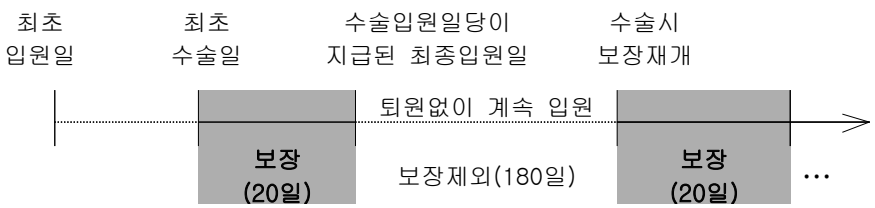
- 최초입원 5일경과 후 수술(①), 수술(①) 후 10일경과 후 다른 질병으로 진단확정되고 수술(②), 총입원일수 50일



3 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 질병수술입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

4 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병수술입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 수술을 받은 경우에는 또다른 질병수술입원으로 보아 수술일로부터 입원 1일당 질병수술입원일당을 지급합니다. 다만, 아래와 같이 질병수술입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병수술입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【질병수술입원일당 [예시]】



5 피보험자가 보장개시일 이후 질병수술입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 질병수술입원에 대하여는 제1항에 따라 질병수술입원일당을 계속 보상합니다.

6 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 질병수술입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

7 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 질병수술입원일당의 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)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 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 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
다만, 질병수술입원일당(1일이상 20일한도)Q보장 특별약관을 가입한 경우에는 선천성 뇌질환으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑥ 성병

⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

3 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F04~F99)

② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)

④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00～Q99)
다만, 질병수술입원일당(1일이상 20일한도)Q보장 특별약관을 가입한 경우에는 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00～Q99)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
⑤ 비만(E66)
⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
⑦ 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60～K62, K64)
⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00～K08)

4 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술에 대하여는 보상하지 않습니다.
① 건강검진, 예방접종, 인공유산
② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
③ 단순한 피로 또는 권태
④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
㉢ 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)

㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser)

수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

5 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-57. 뇌혈관질환진단비 보장 특별약관

2-58. 뇌혈관질환진단비 추가 보장 특별약관

2-59. 갱신형 뇌혈관질환진단비 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌혈관질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 뇌혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로【별표-질병20(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2「뇌혈관질환」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 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「뇌혈관질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요

청할 수 있습니다.
3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
① 보험기간 중 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 뇌혈관 자기공명 촬영 검사결과지 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 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.

제5조(보험기간)
이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)
1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서

정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-60. 허혈성심장질환진단비 보장 특별약관

2-61. 허혈성심장질환진단비 추가 보장 특별약관

2-62. 갱신형 허혈성심장질환진단비 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 허혈성심장질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 허혈성심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로【별표-질병21(허혈성심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2「허혈성심장질환」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(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「허혈성심장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 CT, MRI, 경흉부 초음파 검사결과지 등)

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

제5조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금

을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-63. 뇌졸중진단비보장(태아가입용) 특별약관

2-64. 뇌졸중진단비추가보장(태아가입용) 특별약관

2-65. 갱신형 뇌졸중진단비보장 (태아가입용) 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(뇌졸중(신생아뇌출혈포함)의 정의 및 진단확정)에서 정한「뇌졸중」또는「신생아뇌출혈」로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중(신생아뇌출혈포함)진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액
뇌졸중 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%
신생아뇌출혈 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 20%

2 다만,「신생아뇌출혈」로 진단 확정 후 동일한 질병으로「뇌졸중」으로 진단 확정시에는 뇌졸중 진단시에 해당하는 보험금에서 이미 지급받은 신생아뇌출혈 진단시에 해당하는 보험금을 차감하여 지급합니다. 또한,「뇌졸중」으로 진단 확정 후「신생아뇌출혈」로 진단 확정시 신생아뇌출혈 진단시에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌졸중(신생아뇌출혈포함)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 뇌졸중(신생아뇌출혈포함)진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌졸중(신생아뇌출혈포함)진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사가 지급하여야 할 동일한 질병으로 인한 뇌졸중 및 신생아뇌출혈 진단시의 보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

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

제4조(뇌졸중(신생아뇌출혈포함)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「뇌졸중(신생아뇌출혈포함)」이라 함은「뇌졸중」및「신생아뇌출혈」을 총칭합니다.

2 이 특별약관에 있어「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표-질병22(뇌졸중대상질병(신생아뇌출혈포함) 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어「신생아뇌출혈」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「신생아뇌출혈」로 분류되는 질병으로【별표-질병22(뇌졸중대상질병(신생아뇌출혈포함) 분류표)】에서 정한 출산 손상으로 인한 두개내 열상 및 출혈, 태아 및 신생아의 두개내 비외상성 출혈을 말합니다.

4「뇌졸중(신생아뇌출혈포함)」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 뇌전산화단층촬영(brain CT scan),자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「뇌졸중(신생아뇌출혈포함)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

5 제4항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제4항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중「뇌졸중(신생아뇌출혈포함)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이「뇌졸중(신생아뇌출혈포함)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(보험기간)
이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)
1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중(신생아뇌출혈 포함)진단비(「신생아뇌출혈」진단시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-66. 뇌혈관질환진단비보장(태아가입용) 특별약관

2-67. 뇌혈관질환진단비추가보장 (태아가입용)특별약관

2-68. 갱신형 뇌혈관질환진단비보장 (태아가입용) 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함)의 정의 및 진단확정)에서 정한「뇌혈관질환」또는「신생아뇌출혈」로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함)진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액
뇌혈관질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%
신생아뇌출혈 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 20%

2 다만,「신생아뇌출혈」로 진단 확정 후 동일한 질병으로「뇌혈관질환」으로 진단 확정시에는 뇌혈관질환 진단시에 해당하는 보험금에서 이미 지급받은 신생아뇌출혈 진단시에 해당하는 보험금을 차감하여 지급합니다. 또한,「뇌혈관질환」으로 진단 확정 후「신생아뇌출혈」로 진단 확정시에는 신생아뇌출혈 진단시에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함)진단비를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함)진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사가 지급하여야 할 동일한 질병으로 인한 뇌혈관질환 및 신생아뇌출혈 진단시의 보험금은 보험가입금액을 한도로

합니다.
2 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함)의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어「뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함)」이라 함은「뇌혈관질환」및「신생아뇌출혈」을 총칭합니다.
2 이 특별약관에 있어「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로【별표-질병23(뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함) 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관 질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 뇌혈관 질환의 후유증을 말합니다.
3 이 특별약관에 있어「신생아뇌출혈」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「신생아뇌출혈」로 분류되는 질병으로【별표-질병23(뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함) 분류표)】에서 정한 출산 손상으로 인한 두개내 열상 및 출혈, 태아 및 신생아의 두개내 비외상성 출혈을 말합니다.
4「뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함)」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 뇌전산화단층촬영(brain CT scan),자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
5 제4항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제4항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
① 보험기간 중「뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된

기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이「뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 뇌혈관 자기공명 촬영 검사결과지 등)

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

제6조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함)진단비(「신생아뇌출혈」진단시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험

금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-69. 희귀난치성 7대질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「희귀난치성 7대질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 희귀난치성 7대질환진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 희귀난치성 7대질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 희귀난치성 7대질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 희귀난치성 7대질환진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(희귀난치성 7대질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서「희귀난치성 7대질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「희귀난치성 7대질환」으로 분류되는 질병으로【별표-질병24(희귀난치성 7대질환 분류표)】에서 정한 재생불량성 빈혈, 운동신경세포병, 파킨슨병, 심근질환(I42.4(심내막탄력섬유증) 제외), 모야모야병, 전신홍반루프스, 만성신장병(5기)을 말합니다.

2 제1항의「희귀난치성 7대질환」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, 임상적 증상과 함께 골수검사, 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 근전도검사 및 혈액검사 등 각 질환의 진단적 절차에 따라 시행한 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「희귀난치성 7대질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

3 제1항의「만성신장병(5기)」은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「N18.5(만성신장병(5기))」로 분류되는 질병으

로 보전요법으로는 치료가 불가능하여 신대체요법(복막투석, 혈액투석 및 신장이식)을 받고 있거나 받은 경우(일시적 투석치료를 받는 경우는 제외)를 말합니다.

【신대체요법】 ◦ 복막투석 : 신장 기능이 떨어진 경우 뱃속으로 통하는 관을 삽입하여 투석액을 교환하는 시술 ◦ 혈액투석 : 인공 신장기를 이용하여 혈액 속 노폐물 제거, 신체 내 전해질 균형 유지, 과잉 수분을 제거하는 시술 ◦ 신장이식 : 정상 기능을 할 수 없는 신장을 대신하기 위해서 다른 사람에게서 기증받은 신장을 심어주는 수술

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 희귀난치성 7대질환 진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-70. 16대특정암진단비보장 특별약관

2-71. 갱신형 16대특정암진단비 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「16대특정암」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 16대특정암진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「16대특정암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 16대특정암진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 16대특정암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(16대특정암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「16대특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「16대특정암」으로 분류되는 질병으로【별표-질병25(16대특정암 분류표)】에서 정한 식도의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 골 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물, 간 및 간내 담관의 악성신생물, 기관의 악성신생물, 기관지 및 폐의 악성신생물, 흉선의 악성신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물, 중피종, 카포시육종, 후복막 및 복막의 악성신생물, 담낭의 악성신생물, 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물, 소장의 악성신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의분류에서 제외합니다.

2「16대특정암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의

전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「16대특정암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나, 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「16대특정암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

【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(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 16대특정암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금

을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-72. 2대질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

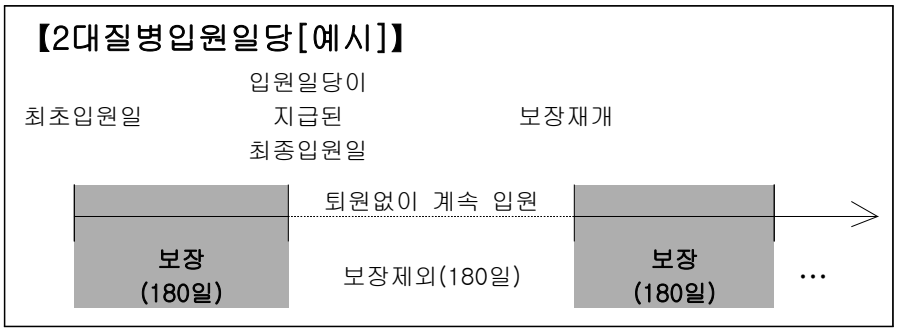
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「2대질병」으로 진단확정되고 그「2대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 2대질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 2대질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.

2 동일한「2대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「2대질병」에 대한 입원이라도 2대질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 2대질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 2대질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 피보험자가「2대질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 2대질병입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「2대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 2대질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

7 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금

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

제3조(2대질병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관의「2대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「뇌졸중」및「급성심근경색증」으로 분류되는 질병을 말합니다.

2 제1항에서 정한「뇌졸중」이라 함은【별표-질병6(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

3 제1항에서 정한「급성심근경색증」이라 함은【별표-질병8(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

4「2대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌졸중의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 급성심근경색증의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「2대질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

5 제4항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제4항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중「2대질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이「2대질병」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가「2대질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서「2대질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해「2대질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며,「2대질병」의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「2대질병」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「2대질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로「2대질병」으로 진단된 경우에는 이는「2대질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-73. 2대질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「2대질병」으로 진단확정되고 그「2대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 2대질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(2대질병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관의「2대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「뇌졸중」및「급성심근경색증」으로 분류되는 질병을 말합니다.

2 제1항에서 정한「뇌졸중」이라 함은【별표-질병6(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

3 제1항에서 정한「급성심근경색증」이라 함은【별표-질병8(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

4「2대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌졸중의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 급성심근경색증의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「2대질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

5 제4항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제4항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중「2대질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이「2대질병」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치

③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)

④ 미용성형 목적의 수술

⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 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
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-74. 특정희귀난치성질환입원일당보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「특정희귀난치성질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 특정희귀난치성질환입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 특정희귀난치성질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한「특정희귀난치성질환」의 치료를 직접적인 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「특정희귀난치성질환」에 대한 입원이라도 특정희귀난치성질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 특정희귀난치성질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 특정희귀난치성질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 피보험자가 특정희귀난치성질환에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 특정희귀난치성질환입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「특정희귀난치성질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 특정희귀난치성질환입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(특정희귀난치성질환의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관의「특정희귀난치성질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「특정희귀난치성질환」으로 분류되는 질병으로,【별표-질병26(특정희귀난치성질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
2 제1항의「특정희귀난치성질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「특정희귀난치성질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)
1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 특정희귀난치성질환의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서「특정희귀난치성질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해「특정희귀난치성질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며,「특정희귀난치성질환」의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「특정희귀난치성질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「특정희귀난치성질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로「특정희귀난치성질환」으로 진단된 경우에는 이는「특정희귀난치성질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제

10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-75. 특정희귀난치성질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「특정희귀난치성질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 특정희귀난치성질환수술비로 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제4조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 특정희귀난치성질환수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특정희귀난치성질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관의「특정희귀난치성질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「특정희귀난치성질환」으로 분류되는 질병으로,【별표-질병26(특정희귀난치성질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의「특정희귀난치성질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「특정희귀난치성질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷,

특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

5 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-76. 질병후유장해(3~100%)보장 특별약관
2-77. 질병후유장해(3~100%)추가보장 특별약관
2-78. 갱신형 질병후유장해(3~100%) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 질병후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표-공통2(장해분류표】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 1년이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 【별표-공통2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표-공통2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

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

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만,【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 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.
8 회사가 지급하여야 할 하나의 질병으로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-79. 시청각질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「시청각질환」으로 진단확정되고 그「시청각질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받는 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 시청각질환수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(시청각질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관의「시청각질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「시청각질환」으로 분류되는 질병으로 【별표-질병28(시청각질환 분류표)】에 규정한 질환을 말합니다.

2 제1항의「시청각질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-80. 컴퓨터과잉질환(VDT증후군)입원일당 (1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「컴퓨터과잉질환(VDT증후군)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 1일이상 계속 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 컴퓨터과잉질환(VDT증후군)입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 컴퓨터과잉질환(VDT증후군)입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한「컴퓨터과잉질환(VDT증후군)」의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「컴퓨터과잉질환(VDT증후군)」에 대한 입원이라도 컴퓨터과잉질환(VDT증후군)입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 컴퓨터과잉질환(VDT증후군)입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 컴퓨터과잉질환(VDT증후군)입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 피보험자가「컴퓨터과잉질환(VDT증후군)」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 컴퓨터과잉질환(VDT증후군)입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「컴퓨터과잉질환(VDT증후군)」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 컴퓨터과잉질환(VDT증후군)입원일당의 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 전

문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(컴퓨터과잉질환(VDT증후군)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관의「컴퓨터과잉질환(VDT증후군)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중【별표-질병16(컴퓨터과잉질환(VDT증후군) 분류표)】에서 정한 근육장애, 윤활막 및 힘줄장애, 결합조직의 기타 전신침범, 기타 연조직장애, 기타 관절연골장애 및 인대장애, 관절통 및 달리 분류되지 않은 관절의 경직, 경추상완증후군 또는 팔의 단일 신경병증을 말합니다.

2「컴퓨터과잉질환(VDT증후군)」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립

부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-81. 정신질병장애진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 장애인복지법 시행령 제2조에서 정한 정신장애인(【별표-공통3(장애의 종류 및 기준(정신장애인))】 참조)으로 등록되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 정신질병장애진단비로 지급합니다.

【장애인복지법 시행령 제2조(장애의 종류 및 기준)】 ①「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 사람을 말한다. ② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다. [별표 1] 장애의 종류 및 기준에 따른 장애인 8. 정신장애인(精神障碍人) 지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애(情動障碍 : 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

제2조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 장애인 등록증
③ 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

3 제1항 제2호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 피보험자의 선천적기형, 선천적질환 및 이에 근거한 상병

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 정신질병장애진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-82. 만성당뇨합병증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「만성당뇨합병증」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 만성당뇨합병증진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 만성당뇨합병증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 만성당뇨합병증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 만성당뇨합병증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(만성당뇨합병증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「만성당뇨합병증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 만성당뇨합병증으로 분류되는 질병으로,【별표-질병34(만성당뇨합병증 분류표)】에서 정한 1형 당뇨병, 2형 당뇨병, 영양실조-관련 당뇨병, 기타 명시된 당뇨병, 상세불명의 당뇨병, 기타 당뇨병성 합병증을 말합니다.

2 제1항의「만성당뇨합병증」의 진단확정은 의료법 제3조에 따른 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. 또한, 회사가「만성당뇨합병증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

① 당뇨병성 망막증 : 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조형술을 시행하여 망막 출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우

② 당뇨병성 신증 : 소변검사상 단백뇨가 생길수 있는 다

른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백질 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 Ewing방법에 의한 심혈관계 자율신경기능검사상 이상이 있는 경우

④ 당뇨병성 말초순환장애 : 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 만성당뇨합병증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-83. 결핵진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「결핵」으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 결핵진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「결핵」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 결핵진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 결핵진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (「결핵」의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「결핵」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중「결핵」으로 분류되는 질병으로【별표-질병38(결핵분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의「결핵」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 회사가 약제감수성검사의 확인이 필요한 경우 결핵균 검사 결과지의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 결핵진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-84. 매월 첫번째암치료비(유사암제외) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「암(유사암제외)」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을「매월 첫번째암치료비(유사암제외)」로 매월 1년간 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만,「매월 첫번째암치료비(유사암제외)」지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
암(유사암제외) 진단확정시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액을 매월 1년간 확정지급

【보험금 지급일 예시】
보험금 지급사유 발생해당일 : 2022년 1월 31일
⇒ 보험금 지급일 : 2022년 2월 28일

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「암(유사암제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의「매월 첫번째암치료비(유사암제외)」를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 「매월 첫번째암치료비(유사암제외)」에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

3 제1항 또는 제2항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상

태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.
2 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나, 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
3 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「매월 첫번째암치료비(유사암제외)」지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-85. 매월 유사암치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 각각 최초1회에 한하여 아래의 금액을「매월 유사암치료비」로 매월 1년간 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만,「매월 유사암치료비」지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단확정시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액을 매월 1년간 확정지급

【보험금 지급일 예시】
보험금 지급사유 발생해당일 : 2022년 1월 31일
⇒ 보험금 지급일 : 2022년 2월 28일

2「유사암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며,「유사암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 치료비를 지급합니다.

3 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 「매월 유사암치료비」를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 「매월 유사암치료비」에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

4 제1항 내지 제3항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의

및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표-질병3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표-질병4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어「유사암」이라 함은「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.

6「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나, 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

【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 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」으로 각각 진단받아「매월 유사암치료비」를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-86. 매월 계속암치료비보장 특별약관

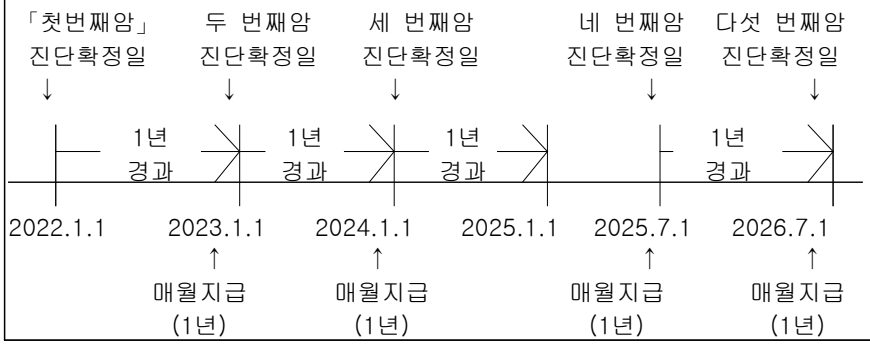
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험기간 중에 피보험자가 계속암보장개시일 이후 「계속암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 아래의 금액을「매월 계속암치료비」로 매월 1년간 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다.(이하 계속암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」은「계속암」이라 합니다) 다만,「매월 계속암치료비」지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
계속암 진단시	보험가입금액을 매월 1년간 확정지급

【보험금 지급일 예시】
보험금 지급사유 발생해당일 : 2022년 1월 31일
⇒ 보험금 지급일 : 2022년 2월 28일

【「매월 계속암치료비」지급예시】



2 피보험자가 보험기간 중 계속암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「계속암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의「매월 계속암치료비」를 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 「매월 계속암치료비」에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

3 제1항 또는 제2항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

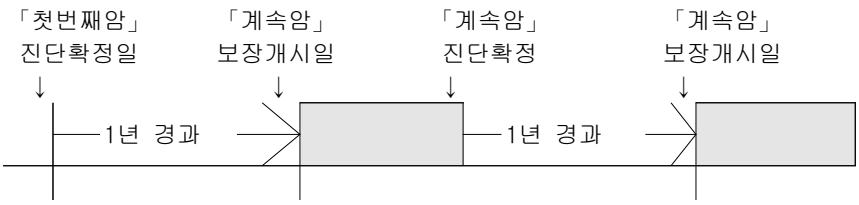
4 이 특별약관에서 계속암보장개시일이라 함은 다음 각 호를 따릅니다.

① 첫 번째「계속암」: 이 특별약관의 보험기간 중에 최초로 발생한「암(유사암제외)」(이하「첫번째암」이라 합니다)진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날

의 다음날

② 두 번째 이후「계속암」: 직전「계속암」 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날

【계속암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

2 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(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 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

4 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

5 이 특별약관에서「전립선암」이라 함은 제8차 한국표준질

병사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
6 「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
7 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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(계속암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 「계속암」이란 계속암보장개시일 이후 진단 확정된 다음 각 호의 「암」을 말합니다. 단, 계속암이 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」인 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 새로운 원발암
② 전이암
③ 재발암
④ 잔여암

2 제1항 1호에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한

암으로「첫번째암」 또는「계속암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」(이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

3 제1항 2호에서「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

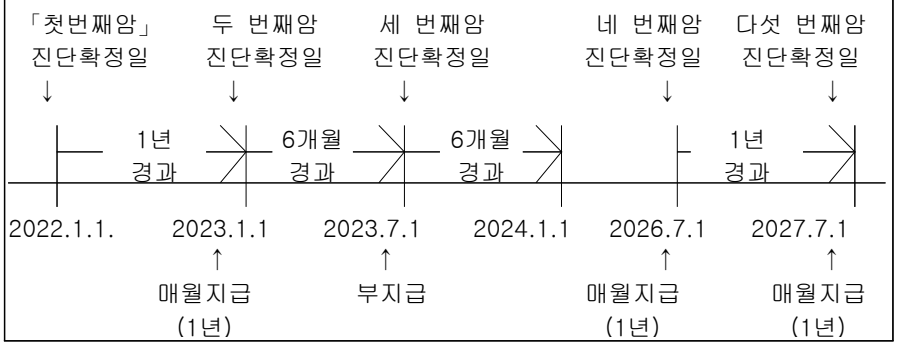
4 제1항 3호에서「재발암」이란 「첫번째암」또는 「계속암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」또는 「계속암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」또는 「계속암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

5 제1항 4호에서「잔여암」이란「첫번째암」또는「계속암」에 대한 보장개시일 이후 발생한「암」진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

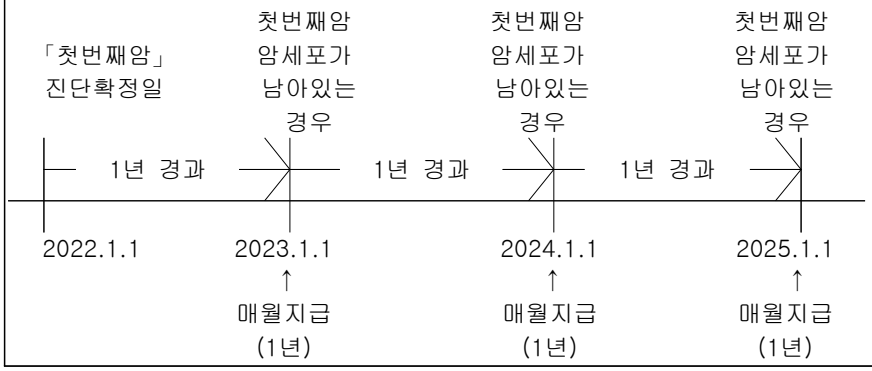
6「계속암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「계속암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「계속암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

【「매월 계속암치료비」보장예시1】

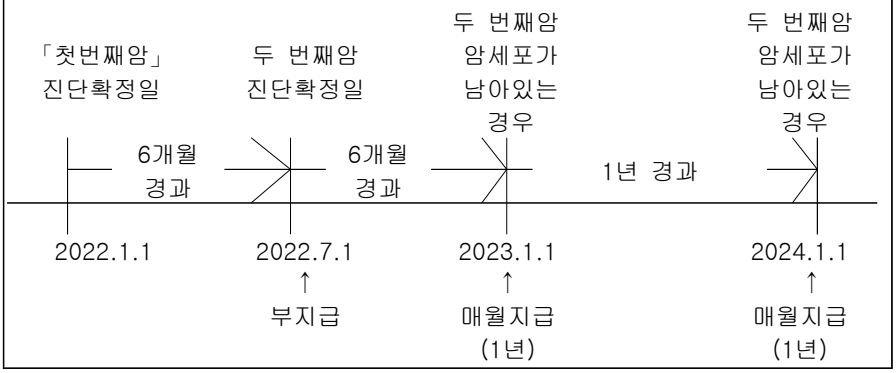
- 새로운 원발암, 전이암, 재발암
  (기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



【「매월 계속암치료비」보장예시2】
- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



【「매월 계속암치료비」보장예시3】
- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



제5조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

1 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「계속암」의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부터 1년 내에 제4조(계속암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호부터 제4호까지의 규정에서 정한 암으로 진단확정된 경우에는 「매월 계속암치료비」를 지급하지 않습니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 소멸됩니다. 또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

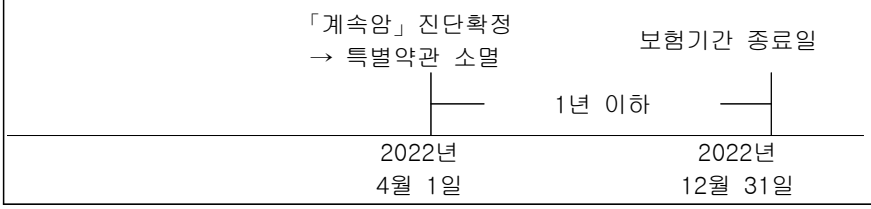
① 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우

② 「계속암」이 진단확정 시점에 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

【매월 계속암치료비보장 특약 소멸 예시】

① 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우

② 「계속암」진단확정 시점에 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



2 피보험자가 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 소멸됩니다.

3 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 계속암보장개시일을 적용합니다.

제10조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인

출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-87. 말기신부전증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「말기신부전증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 말기신부전증진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기신부전증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 말기신부전증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 말기신부전증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(말기신부전증의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성신장병(제8차 한국표준질병사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 않습니다.

2「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 또한, 회사가「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-88. 뇌혈관질환수술비보장 특별약관

2-89. 갱신형 뇌혈관질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「뇌혈관질환」으로 진단확정되고 그「뇌혈관질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로【별표-질병20(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2「뇌혈관질환」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 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌혈관질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거

가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치

③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)

④ 미용성형 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
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제5조(보험기간)
이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-90. 허혈성심장질환수술비보장 특별약관

2-91. 갱신형 허혈성심장질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 그「허혈성심장질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로【별표-질병21(허혈성심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2「허혈성심장질환」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(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「허혈성심장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 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

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제5조(보험기간)
이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-92. 131대질병수술비보장 특별약관
2-93. 갱신형 131대질병수술비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 9개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

· 심장질환수술비보장 · 뇌혈관질환수술비보장 · 특정31대질병수술비보장 · 다빈도64대질병수술비보장 · 특정다빈도29대질병수술비보장 · 후각특정질환수술비보장 · 관절염·생식기질환수술비보장 · 치핵수술비보장 · 백내장수술비보장

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「131대질병」으로 진단확정되고 그「131대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 131대질병수술비로 지급합니다.

구 분		지급금액
131대질병	심장질환 수술비보장	심장질환수술비보장 보험가입금액의 100%
	뇌혈관질환 수술비보장	뇌혈관질환 수술비보장 보험가입금액의 100%
	특정31대질병 수술비보장	특정31대질병수술비보장 보험가입금액의 100%
	다빈도64대질병수술비보장	다빈도64대질병수술비보장 보험가입금액의 100%
	특정다빈도29대질병 수술비보장	특정다빈도29대질병수술비보장 보험가입금액의 100%
	후각특정질환수술비보장	후각특정질환수술비보장 보험가입금액의 100%
	관절염·생식기 질환수술비보장	관절염생식기 질환수술비보장 보험가입금액의 100%
	치핵수술비보장	치핵수술비보장 보험가입금액의 100%
	백내장 수술비보장	백내장수술비보장 보험가입금액의 100%

2 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈

질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제5조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 131대질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 같은 질병으로 동일 일자에 시행한 수술은 1회의 수술비만 지급합니다.

【131대질병수술비 지급예시】 다수의 위의 양성신생물(D13.1)을 제거하기 위해 동일 일자에 수술한 경우 1회의 수술비 지급

2 두가지 이상의 질병으로 진단확정되고 동일 일자에 시행한 수술은 1회의 수술비만 지급합니다. 다만, 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다. 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

【131대질병수술비 지급예시】 거미막하출혈(I60)[뇌혈관질환]과 대동맥동맥류 및 박리(I71)[특정31대질병]으로 진단확정되고, 거미막하출혈의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 [뇌혈관질환 수술비보장]에 해당하는 보험금 지급

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

제4조(131대질병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「131대질병」이라 함은「심장질환」,「뇌혈관질환」,「특정31대질병」,「다빈도64대질병」,「특정다빈도29대질병」,「후각특정질환」,「관절염·생식기질환」,「치핵」및「백내장」을 총칭합니다.

2 제1항의「심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 심장질환으로 분류되는 질병으로,【별표-질병9(심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

3 제1항의「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병으로,【별표-

질병20(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
4 제1항의「특정31대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 특정31대질병으로 분류되는 질병으로,【별표-질병30(특정31대질병 분류표)】에서 정한 크로이츠펠트-야콥병, 뇌의 특정염증성질환, 간질환, 고혈압질환, 당뇨병질환, 조로증, 만성하부호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양, 결핵, 패혈증, 중추신경계통의 염증성 질환, 파킨슨병, 다발경화증, 뇌전증, 중증근무력증, 뇌성마비, 마비, 자율신경계통의 장애, 수두증, 녹내장, 동맥경화증, 대동맥류, 기타 동맥류 및 박리, 폐렴, 폐질환, 외부요인에 의한 폐질환, 폐부종, 특정호흡기질환, 급성 췌장염, 췌장질환, 신부전을 말합니다.
5 제1항의「다빈도64대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다빈도64대질병으로 분류되는 질병으로,【별표56(다빈도64대질병 분류표)】에서 정한 아래의 질병을 말합니다.

구 분	다빈도64대질병
12대 양성종양	주침샘의 양성신생물, 소화기계통의 양성신생물, 중이· 호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 여성생식기의 양성종양, 남성생식기의 양성종양, 비뇨기관의 양성신생물, 눈 및 부속기관의 양성종양, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물
특정 혈액 및 조혈기관의 질환	용혈-요독증후군, 비장의 질환
내분비계 질환	갑상선질환, 부갑상선질환, 뇌하수체질환, 특정 기타 내분비선의 장애
혈관질환	버거씨병, 동맥 및 세동맥의 질환, 문맥혈전증, 림프절염, 특정 식도정맥류
호흡기/ 이비인후과 질환	급성상기도감염, 특정 인플루엔자, 상세불명의 급성 하기도감염, 축농증, 편도염, 인후부위의 특정질환, 성인호흡곤란증후군, 외이의 질환, 중이 및 유돌의 질환, 내이의 질환, 귀의 기타장애

구 분	다빈도64대질병
시각질환	황반변성, 눈 및 눈부속기관의 특정질환, 미만성 층판성 각막염
비뇨기/ 신장질환	사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 방광의 결석, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 특정요도질환, 유방의 장애
소화기질환	침샘질환, 식도질환, 위공장궤양, 위·십이지장질환, 사타구니 탈장, 특정 부위의 탈장, 비감염성 장염 및 결장염, 특정 장질환, 복막의 질환, 담석증, 담낭담도질환, 장흡수장애
관절/ 척추질환	특정 전신결합조직장애, 결합조직의 기타 전신침범, 척추변형, 척추병증, 추간판장애(디스크질환), 골다공증
신경관련 질환	안면 신경장애, 단일신경병증

6 제1항의「특정다빈도29대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 특정다빈도29대질병으로 분류되는 질병으로,【별표-질병48(특정다빈도29대질병 분류표)】에서 정한 혀의 질환, 유방의 양성 신생물, 다낭성 난소증후군, 수면무호흡, 특정질환의 신경근 및 신경총 압박, 안와장애, 결막장애, 정맥염 및 혈전정맥염, 기타 정맥의 색전증 및 혈전증, 식도정맥류, 음낭정맥류, 급성 기관지염, 급성 세기관지염, 위 및 십이지장의 기타 질환, 특정 장질환, 치열및치루, 특정 소화계통의 기타 질환, 특정 전신결합조직장애Ⅱ, 달리 분류된 질환에서의 척추병증, 특정 기타등병증, 근육 장애, 기타 연조직장애, 골수염, 골괴사증, 뼈의 파젯병, 뼈의 기타 장애, 연골병증, 상세불명의 신장 급통증, 다한증을 말합니다.

7 제1항의「후각특정질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 후각특정질환으로 분류되는 질병으로,【별표-질병37(후각특정질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

8 제1항의「관절염·생식기질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 관절염·생식기질환으로 분류되는 질병으로,【별표-질병27(관절염·생식기질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

9 제1항의「치핵」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 치핵 및 항문주위 정맥의 혈전증으로 분류되는 질병으로,【별표-질병29(치핵 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

10 제1항의「백내장」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분

류에 있어서 백내장으로 분류되는 질병으로, 【별표-질병7(백내장 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
⑪「131대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「131대질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

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

4 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.
5 제1항의 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) 등의 조치

③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제6조(보험기간)
이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-94. 32대질병관혈수술비(연간1회한) 보장 특별약관

2-95. 갱신형 32대질병관혈수술비 (연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「32대질병」으로 진단확정되고 그「32대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소) 제5항에서 정한 관혈수술을 받은 경우 각 질병당 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 32대질병관혈수술비로 지급합니다.

구 분		지급금액
32대 질병	5대질병 관혈수술시	5대질병관혈수술비보장 보험가입금액의 100%
	9대질병 관혈수술시	9대질병관혈수술비보장 보험가입금액의 100%
	14대질병 관혈수술시	14대질병관혈수술비보장 보험가입금액의 100%
	4대질병 관혈수술시	4대질병관혈수술비보장 보험가입금액의 100%

2 제1항에서「각 질병당」은【별표-질병32(32대질병 분류표)】의 질병구분을 기준으로 합니다.

3 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 두가지 이상의 질병으로 진단확정되고 동일 일자에 시행한 수술은 1회의 수술비만 지급합니다. 다만, 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다. 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

【32대질병관혈수술비 지급예시】 거미막하출혈(I60)[5대질병]과 대동맥동맥류 및 박리(I71)[9대질병]로 진단확정되고, 거미막하출혈의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 [5대질병관혈수술]에 해당하는 보험금 지급

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금

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

제3조(32대질병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「32대질병」이라 함은「5대질병」,「9대질병」,「14대질병」및「4대질병」을 총칭합니다.

2 제1항의「5대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 5대질병으로 분류되는 질병으로,【별표-질병32(32대질병 분류표)】에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 폐질환, 신부전을 말합니다.

3 제1항의「9대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 9대질병으로 분류되는 질병으로,【별표-질병32(32대질병 분류표)】에서 정한 만성하부호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양, 결핵, 갑상선질환, 동맥경화증, 대동맥류, 폐렴, 급성 췌장염, 췌장질환을 말합니다.

4 제1항의「14대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 14대질병으로 분류되는 질병으로,【별표-질병32(32대질병 분류표)】에서 정한 소화계통의 양성신생물(D13, 중이· 호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 비뇨기관의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 특정 장질환, 담석증, 담낭담도질환, 안면 신경장애를 말합니다.

5 제1항의「4대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 4대질병으로 분류되는 질병으로,【별표-질병32(32대질병 분류표)】에서 정한 여성생식기의 양성종양, 남성생식기의 양성종양, 관절염, 생식기질환을 말합니다.

6「32대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「32대질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기

록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

5 제1조(보험금의 지급사유)의「관혈수술」이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」,「복강경하수술」,「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다. 다만, 제6항에서 정한 「비관혈수술」은 포함되지 않습니다.

6「비관혈수술」이라 함은 「내시경수술」,「카테터수술」,「신의료수술」을 말합니다.

① 「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단,「대뇌내시경」,「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.

② 「카테터수술」이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물주입」과 「중심정맥관 삽입술」은 제외합니다.

③ 「신의료수술」이라 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 특정질병 및 특정다빈도질병의 직접치료를 목적으로 하는 「치료적 방사선 조사」를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입」과 「중심정맥관삽입술」은 제외합니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택

한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-96. 5대질환수술비(Ⅱ)(연간1회한)보장 특별약관

2-97. 갱신형 5대질환수술비(Ⅱ)(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「5대질환」으로 진단확정되고 그「5대질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우 각 질병당「관혈/비관혈」수술 각각 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 5대질환수술비로 지급합니다.

2 제1항에서「각 질병당」은【별표-질병1(5대질환 분류표)】의 질병구분을 기준으로 합니다.

3 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(5대질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「5대질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 5대질환으로 분류되는 질병으로,【별표-질병1(5대질환 분류표)】에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 신부전 및 폐질환을 말합니다.

2「5대질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「5대질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부

의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의「관혈수술」이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며,「대뇌내시경」,「복강경하수술」,「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유)의「비관혈수술」이라 함은 「내시경수술」,「카테터수술」,「신의료수술」을 말합니다.

① 「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단,「대뇌내시경」,「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.

② 「카테터수술」이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물주입」과 「중심정맥관 삽입술」은 제외합니다.

③ 「신의료수술」이라 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 특정질병 및 특정다빈도질병의 직접치료를 목적으로 하는 「치료적 방사선 조사」를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입」과 「중심정맥관삽입술」은 제외합니다.

제5조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립

부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-98. 질병80%이상후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 질병80%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단확정일부터 1년이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3 【별표-공통2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표-공통2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

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

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체

부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-99. 갑상선암(초기제외)진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「갑상선암(초기제외)」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 갑상선암(초기제외)진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「갑상선암(초기제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 갑상선암(초기제외)진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 갑상선암(초기제외)진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(갑상선암(초기제외)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서「초기갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한「갑상선암」중에서 유두암(Papillary Cancer) 또는 여포암(Follicular Cancer)이고, 병리학적으로 암 종양의 크기가 2.0cm미만으로서 갑상선 내부에 한정되며, 림프절전이나 원격전이가 없는 갑상선암을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서「갑상선암(초기제외)」라 함은 제1항에서 정한「갑상선암」중에서 제2항에서 정한「초기갑상선암」을 제외한 질병을 말합니다.

4「갑상선암(초기제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「갑상선암(초기제외)」

의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「갑상선암(초기제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

【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 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암(초기제외) 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-100. 상급종합병원 질병입원일당(1일이상) 보장 특별약관

2-101. 상급종합병원 질병입원일당(1일이상)Q 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원(이하「상급종합병원」이라 합니다)에 입원하였을 경우 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 질병입원일당으로 지급합니다.

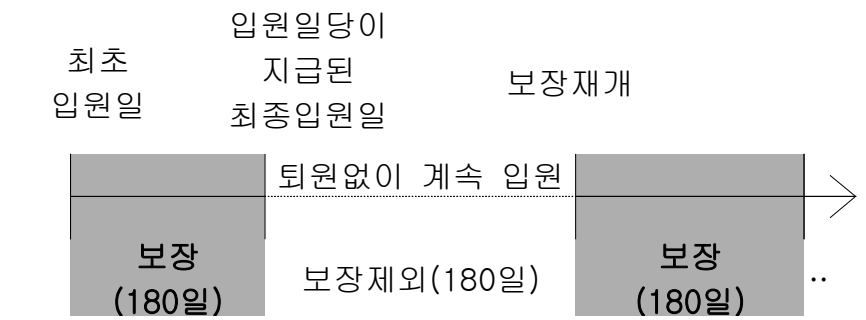
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 상급종합병원 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【상급종합병원 질병입원일당 [예시]】



4 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한

경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

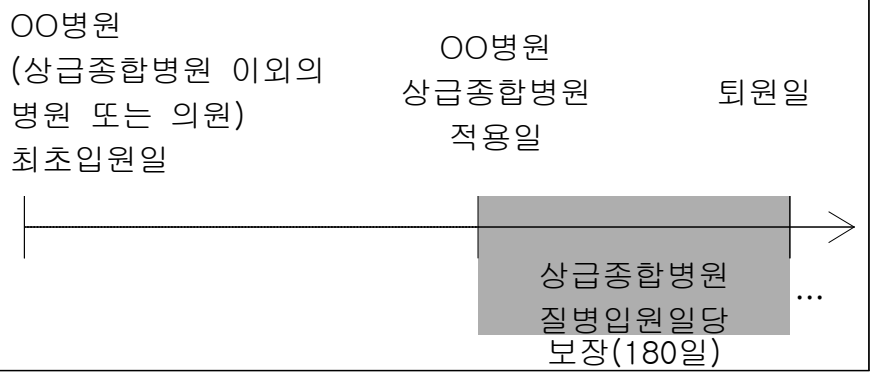
6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

7 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

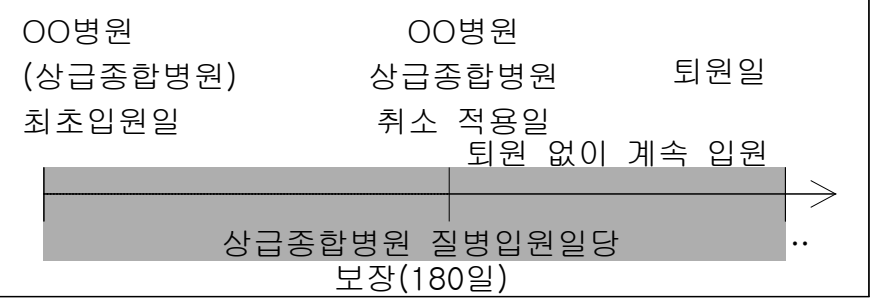
9 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

【상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 [예시]】



10 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

【상급종합병원 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 [예시]】



11 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금

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

제3조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 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 실

시하여야 한다. ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다. ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 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 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

다만, 상급종합병원 질병입원일당(1일이상)Q보장 특별약관을 가입한 경우에는 선천성 뇌질환으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑥ 성병

⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금

산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-102. 질병입원일당(1일이상 30일한도) 보장 특별약관

2-103. 질병입원일당(1일이상 30일한도)Q 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

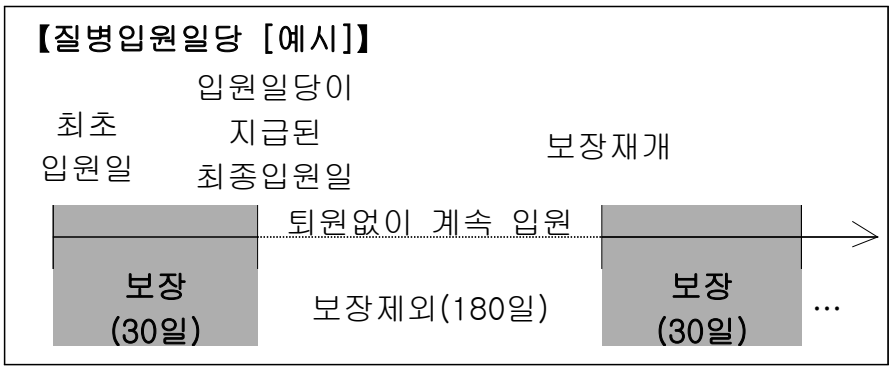
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부

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

제3조(입원의 정의와 장소)
1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 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 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
다만, 질병입원일당(1일이상 30일한도)Q보장 특별약관을 가입한 경우에는 선천성 뇌질환으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한

경우에는 보험금을 지급합니다.

⑥ 성병

⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-104. 재진단암진단비(1년 대기형)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 재진단암보장개시일 이후「재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」(이하 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」은「재진단암」이라 합니다)으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 재진단암진단비(1년 대기형)로 지급하여 드립니다.

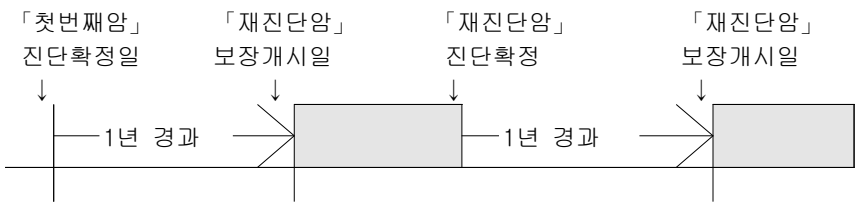
2 피보험자가 보험기간 중 재진단암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「재진단암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의「재진단암진단비(1년 대기형)」을 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는「재진단암진단비(1년 대기형)」에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

3 이 특별약관에서 재진단암보장개시일이라 함은 다음 각 호를 따릅니다.

① 첫 번째「재진단암」 : 이 특별약관의 보험기간 중에 최초로 발생한「암(유사암제외)」(이하「첫번째암」이라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날

② 두 번째 이후「재진단암」 : 직전「재진단암」 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날

【재진단암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

2 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(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 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

4 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

5 이 특별약관에서「전립선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

6「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」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 합니다. 또한, 회사가「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

7 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발

생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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(재진단암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「재진단암」이란 재진단암보장개시일 이후 진단 확정된 다음 각 호의「암」을 말합니다. 단, 재진단암이「기타피부암」,「갑상선암」,「전립선암」인 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 새로운 원발암
② 전이암
③ 재발암
④ 잔여암

2 제1항 제1호에서「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로「첫번째암」 또는「재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological appearance)을 가진 「암」(이하「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

3 제1항 제2호에서「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

4 제1항 제3호에서「재발암」이란 「첫번째암」또는 「재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological 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.

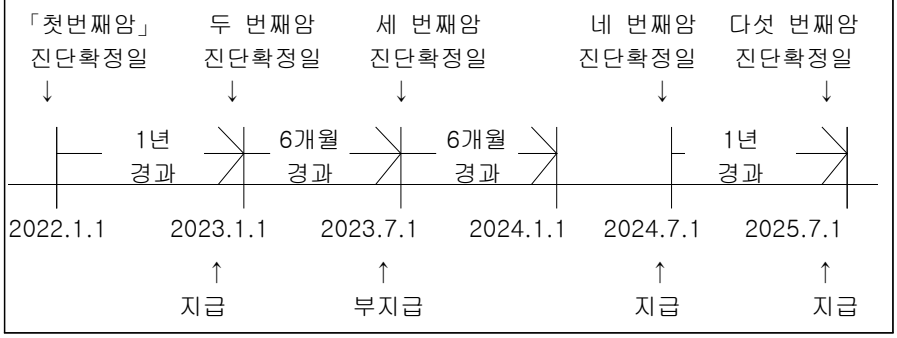
5 제1항 제4호에서「잔여암」이란「첫번째암」또는「재진단암」에 대한 보장개시일 이후 발생한「암」진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

6「재진단암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle

aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「재진단암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

【재진단암진단비 보장예시1】

- 새로운 원발암, 전이암, 재발암
  (기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)

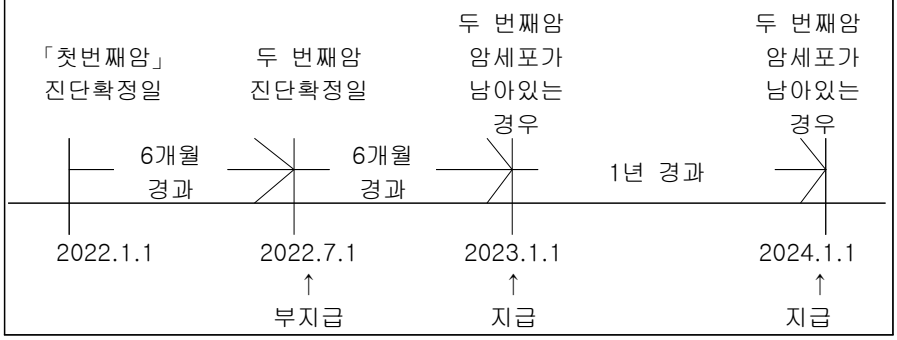


【재진단암진단비 보장예시2】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)

【재진단암진단비 보장예시3】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



제5조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

1 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「재진단암」의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부터 1년 내에 제4조(재진단암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호부터 제4호까지의 암으로 진단확정된 경우에는 재진단암진단비를 지급하지 않습니다.

제8조(특별약관의 소멸)

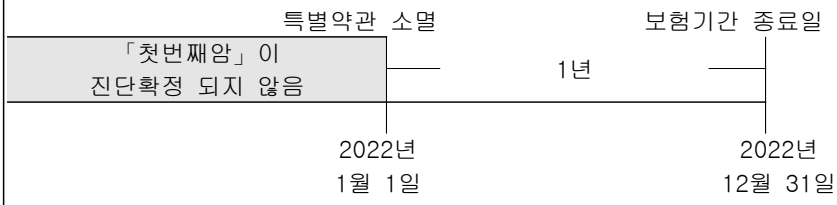
1 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 소멸됩니다. 또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

① 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우

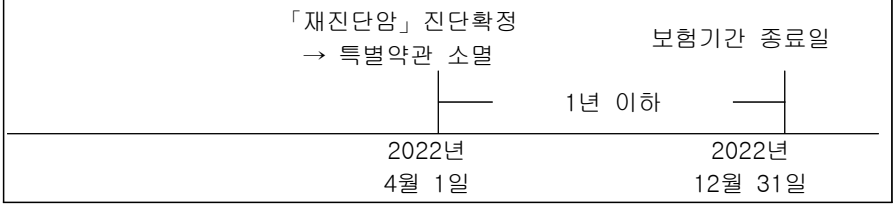
② 「재진단암」이 진단확정 되어 재진단암진단비(1년 대기형)이 지급되고, 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

【재진단암진단비보장 특약 소멸 예시】

①「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



②「재진단암」진단확정 시점에 잔여 보험기간이 1년 이하인 경우



2 피보험자가 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 소멸됩니다.

3 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 재진단암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-105. 재진단암진단비(2년 대기형)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 재진단암보장개시일 이후「재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」(이하 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」은「재진단암」이라 합니다)으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 재진단암진단비(2년 대기형)로 지급하여 드립니다.

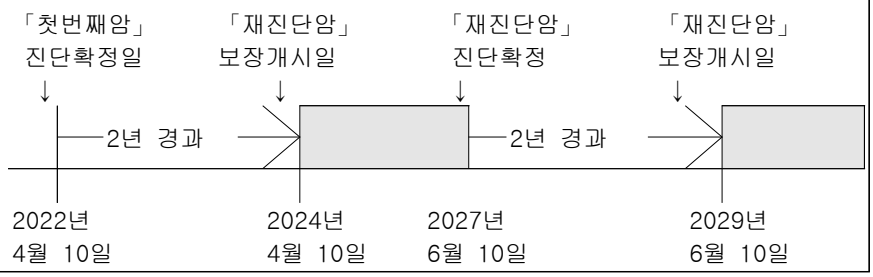
2 피보험자가 보험기간 중 재진단암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「재진단암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의「재진단암진단비(2년 대기형)」를 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 「재진단암진단비(2년 대기형)」에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

3 이 특별약관에서 재진단암보장개시일이라 함은 다음 각 호를 따릅니다.

① 첫 번째「재진단암」 : 이 특별약관의 보험기간 중에 최초로 발생한「암(유사암제외)」(이하「첫번째암」이라 합니다) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날

② 두 번째 이후「재진단암」 : 직전「재진단암」 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날

【재진단암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.
2 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(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 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
4 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
5 이 특별약관에서「전립선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
6「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」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 합니다. 또한, 회사가「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암, 전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
7 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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(재진단암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「재진단암」이란 재진단암보장개시일 이후 진단 확정된 다음 각 호의「암」을 말합니다. 단, 재진단암이「기타피부암」,「갑상선암」,「전립선암」인 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 새로운 원발암
② 전이암
③ 재발암
④ 잔여암

2 제1항 제1호에서「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로「첫번째암」 또는「재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological appearance)을 가진 「암」(이하「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

3 제1항 제2호에서「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

4 제1항 제3호에서「재발암」이란 「첫번째암」또는 「재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological 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.

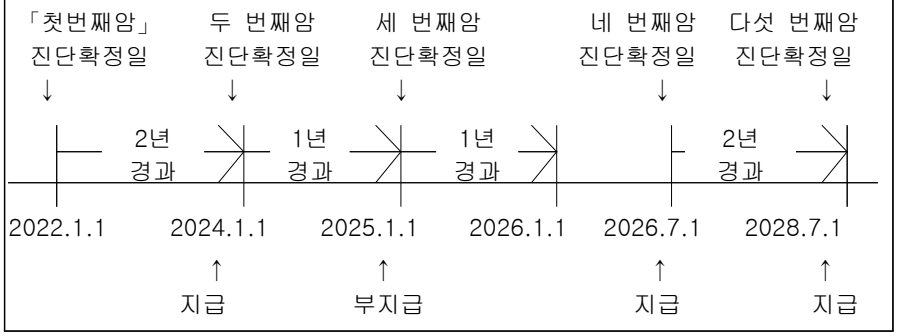
5 제1항 제4호에서「잔여암」이란「첫번째암」또는「재진단암」에 대한 보장개시일 이후 발생한「암」진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

6「재진단암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소

견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「재진단암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

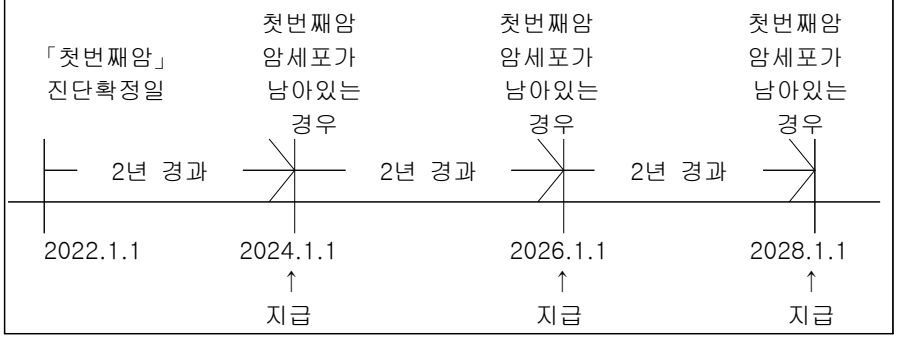
【재진단암진단비 보장예시1】

- 새로운 원발암, 전이암, 재발암
  (기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



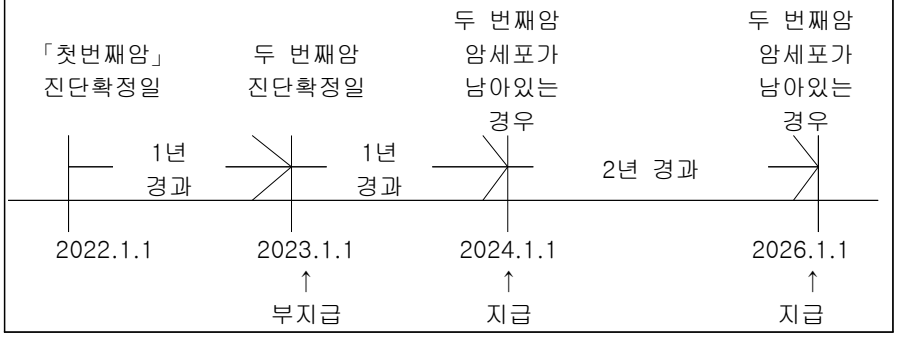
【재진단암진단비 보장예시2】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



【재진단암진단비 보장예시3】

- 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



제5조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

1 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
2 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
3 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의「재진단암」의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부터 2년 내에 제4조(재진단암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호부터 제4호까지의 암으로 진단확정된 경우에는 재진단암진단비를 지급하지 않습니다.

제8조(특별약관의 소멸)

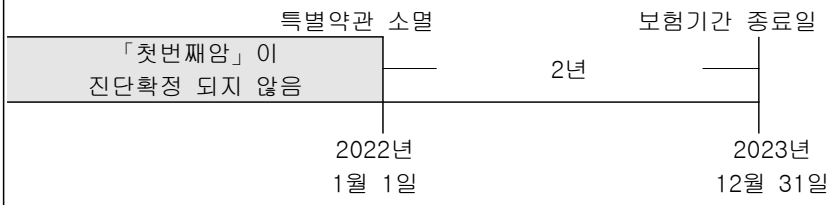
1 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 소멸됩니다. 또한, 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

① 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우

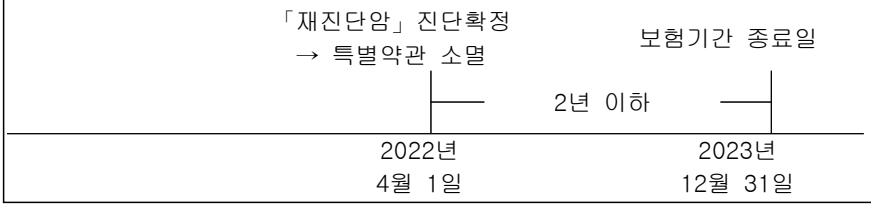
② 「재진단암」이 진단확정 되어 재진단암진단비(2년 대기형)이 지급되고, 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

【재진단암진단비보장 특약 소멸 예시】

①「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



②「재진단암」진단확정 시점에 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



2 피보험자가 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 소멸됩니다.

3 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 재진단암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-106. 갑상선기능항진증치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「갑상선기능항진증」으로 진단확정되고 「갑상선기능항진증치료」를 받은 경우 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 갑상선기능항진증치료비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(갑상선기능항진증, 갑상선기능항진증치료의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「갑상선기능항진증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「갑상선기능항진증」으로 분류되는 질병으로【별표-질병32(갑상선기능항진증대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2「갑상선기능항진증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「갑상선기능항진증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

3「갑상선기능항진증치료」라 함은 갑상선기능항진증의 직접적인 치료를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

① 갑상선절제술을 받은 경우

: 이 특별약관에 있어서 갑상선절제술이라 함은 갑상선엽 전체 혹은 일부를 절제하는 갑상선엽 전절제술(Total Thyroidectomy) 및 갑상선엽 아전절제술(Subtotal Thyroidectomy)을 말합니다.

② 방사성요오드 치료를 받은 경우

③ 60일이상 항갑상선제를 처방받은 경우

【용어의 정의】
- 방사선요오드 치료 : 주성분이 요오드화 나트륨에 해당하는 치료
- 항갑상선제 : 주성분이 methimazole, propylthiouracil, carbimazole 에 해당하는 약제

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선기능항진증치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-107. 질병수술비(특정5대질병 제외) 보장 특별약관

2-108. 갱신형 질병수술비 (특정5대질병 제외)보장 특별약관

2-109. 질병수술비(특정5대질병 제외)Q보장 특별약관

2-110. 갱신형 질병수술비 (특정5대질병 제외)Q보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 「질병(특정5대질병 제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비(특정5대질병 제외)로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비(특정5대질병 제외)만 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술비(특정5대질병 제외)을 지급합니다.

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

제3조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외하며, 질병수술비(특정5대질병 제외)보장 특별약관 또는 갱신형 질병수술비(특정5대질병 제외)보장 특별약관을 가입한 경우에는 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우도 제외합니다.

5 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

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 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
① 정신 및 행동장애(F04~F99)
② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
다만, 질병수술비(특정5대질병 제외)Q보장 특별약관 또는 갱신형 질병수술비(특정5대질병 제외)Q보장 특별약관을 가입한 경우에는 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
⑤ 비만(E66)
⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
⑦ 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
① 건강검진, 예방접종, 인공유산
② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
③ 단순한 피로 또는 권태
④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포

경(phimosis),「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만,「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

㉢ 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)

㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

4 회사는 아래의 특정5대질병의 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

① 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 내시경적 절제술

② 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병

구분	대상질병	분류번호
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
후각특정 질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
	만성 비염, 비인두염 및 인두염	J31
	코폴립	J33
	코 및 비동의 기타 장애	J34
특정피부 질환	피부 및 피하조직의 모낭낭	L72
	티눈 및 굳은살	L84
혈관종 및 림프관종	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	D18

제5조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의

갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-111. 중대한재생불량성빈혈진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단 확정)의「중대한재생불량성빈혈」로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한재생불량성빈혈진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 중대한재생불량성빈혈으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 중대한재생불량성빈혈진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 중대한재생불량성빈혈진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)

1「중대한재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)」이라 함은 「영구적인 재생불량성빈혈」로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 치료를 받고 있고 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병 상태를 말하며, 일시적이거나 회복이 가능한 재생불량성빈혈은 보장에서 제외 됩니다

2 제1항의「영구적인 재생불량성빈혈」이라 함은 만성 골수부전상태로써 호중구 수가 200/mm^3미만이거나, 또는 골수세포충실성(bone marrow cellularity)이 25%이하 이고 동시에 다음중 2가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.

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

3「중대한재생불량성빈혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관

련법에서 정한 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「중대한재생불량성빈혈」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한재생불량성빈혈진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-112. 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당(1일이상 10일한도)보장 특별약관

2-113. 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당(1일이상 10일한도)Q보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원(이하「상급종합병원」이라 합니다) 1인실에 입원하였을 경우 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당으로 지급합니다.

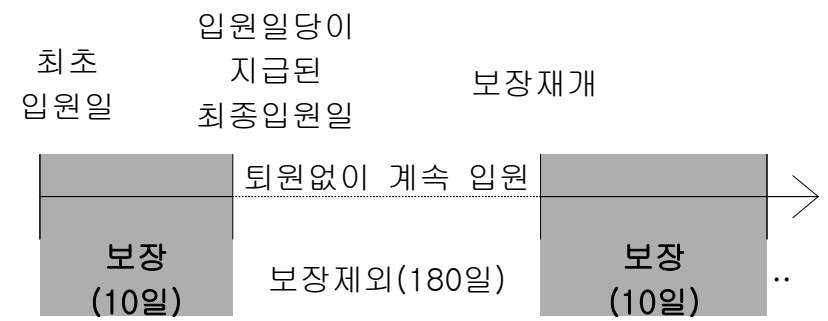
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 10일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당 [예시]】



4 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료

를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 다른 상급종합병원 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원 일수를 더합니다.

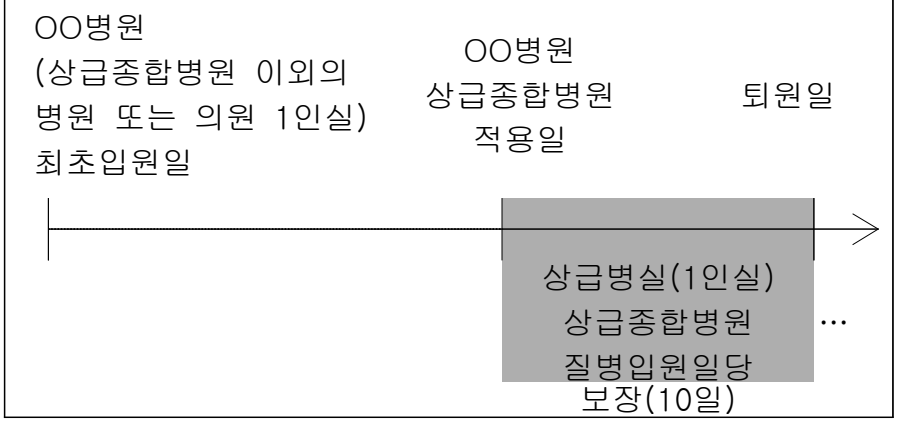
6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

7 피보험자가 상급종합병원 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

8 피보험자가 상급종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

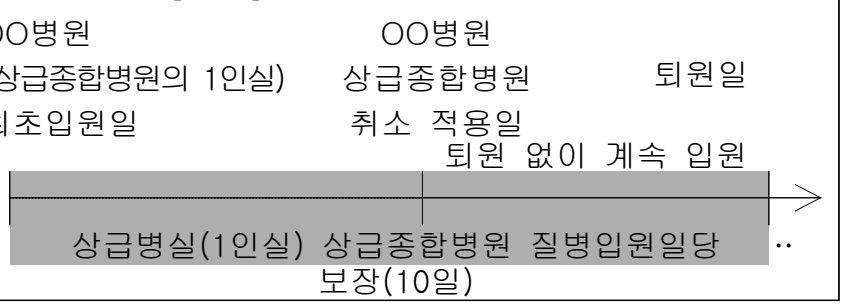
9 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

【상급종합병원 이외의 병원 또는 의원 1인실에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 [예시]】



10 피보험자가 상급종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

【상급종합병원 1인실 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 [예시]】



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

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 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.

제5조(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 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

다만, 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당(1일 이상 10일한도)Q보장 특별약관을 가입한 경우에는 선천성 뇌질환으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.

⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑥ 성병
⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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

제6조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-114. 계속받는 항암방사선약물치료비(급여)(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(급여 항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간1회에 한하여 아래의 금액을 급여 항암방사선약물치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암(유사암제외)으로 급여 항암방사선·약물치료시 (단, 연간1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암으로 급여 항암방사선·약물치료시 (단, 각각 연간1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 20%

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

3 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
4「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
5 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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 항암방사선·약물치료의 정의)

1 이 특별약관에 있어「급여 항암방사선치료」라 함은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐「항암방사선치료」항목에서 급여(전액본인부담 제외)항목이 발생한 경우로서【별표-질병10(급여 항암방사선치료 분류표)】에서 정한「항암방사선치료 대상 진료행위코드」를 말합니다.
2 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따

라「항암방사선치료 대상 진료행위코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한「항암방사선치료 대상 진료행위코드」를 따릅니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 급여 항암방사선치료 분류표에서 정한 진료행위 외에「항암방사선치료 대상 진료행위코드」에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.
4 제1항의「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.
5 이 특별약관에 있어「급여 항암약물」이라 함은【별표-질병11(급여 항암약물 분류표)】에서 정한 약제를 말합니다.
6 제5항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로「급여 항암약물」이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한「급여 항암약물」을 따릅니다.
7 제5항 및 제6항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로【별표-질병11(급여 항암약물 분류표)】에 해당하는 약제 외에「급여 항암약물」에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 합니다. 단, 보건복지부 고시「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」에서 정한 요양급여의 세부인정기준 및 방법을 벗어난 경우 또는 영수증 및 이에 대한 세부내역서를 통해 그 비용의 전액을 환자가 부담한 것으로 확인되는 경우는 해당하지 않습니다.
8 이 특별약관에 있어「급여 항암약물치료」라 함은 「급여 항암약물」을 투여하는 것을 말합니다.
9 이 특별약관에 있어「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해「항암약물」을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」필수기재) 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)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-115. 암직접치료통원일당 (상급종합병원)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「암 등의 질병」으로 진단확정되고 그「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우에는 보험수익자에게 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 암직접치료통원일당으로 지급합니다. 다만, 상급종합병원 암직접치료통원일당의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 암직접치료통원일당의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

2 제1조(보험금의 지급사유)에서「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며,「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「암 등의 질병」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「암 등의 질병」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

3 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 암직접치료통원일당를 지급합니다.

4 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 암직접치료통원일당를 지급합니다.

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

제3조(암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑

상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표-질병3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표-질병4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

5 이 특별약관에 있어「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어「암 등의 질병」이라 함은「암(유사암제외)」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.

7「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암 등의 질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나, 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

8 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.

【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(「암 등의 질병의 직접적인 치료」의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 「암 등의 질병의 직접적인 치료」라 함은 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

2 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

3 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

② 면역력 강화 치료

③ 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암 등의 질병의 직접적인 치료」로 봅니다.

① 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료

② 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료

③ 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료

로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】 3. "말기환자(末期患者)"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환에 대하여 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다. 가. 암

제5조(통원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가「암 등의 질병」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며,「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「암 등의 질병」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로「암 등의 질병」으로 진단된 경우에 이는「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

제6조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 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.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-116. 뇌졸중통원일당 (1일이상 30일한도)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

· 뇌졸중통원일당보장 · 뇌졸중상급종합병원통원일당보장

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「뇌졸중」으로 진단확정되고 그 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 아래의 금액을 뇌졸중통원일당(1일이상 30일한도)로 지급합니다. 다만, 뇌졸중통원일당(1일이상 30일한도)의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며 세부보장 각각 연간 30일을 한도로 지급합니다.

구분	지급사유	지급금액
뇌졸중 통원일당	병원 (의원 포함) 통원시	뇌졸중통원일당보장 보험가입금액의 100% (단, 연간30일에 한하여 지급)
뇌졸중 상급 종합병원 통원일당	상급 종합병원 통원시	뇌졸중상급종합병원 통원일당보장 보험가입금액의 100% (단, 연간30일에 한하여 지급)

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 지급사유)의「뇌졸중상급종합병원통원일당」의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

2 제2조(보험금의 지급사유)에서 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해「뇌졸중」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며,「뇌졸중」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「뇌졸중」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「뇌졸중」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

3 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용

일부터 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 「뇌졸중상급종합병원통원일당」을 지급합니다.
4 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 「뇌졸중상급종합병원통원일당」을 지급합니다.
5 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표-질병6(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.
2 「뇌졸중」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 뇌전산화단층촬영(brain CT scan),자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 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(통원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가「뇌졸중」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에서 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해「뇌졸중」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며,「뇌졸중」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「뇌졸중」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로「뇌졸중」으로 진단된 경우에 이는「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

제6조(상급종합병원의 정의)
이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 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.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-117. 급성심근경색증통원일당 (1일이상 30일한도)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

· 급성심근경색증통원일당보장 · 급성심근경색증상급종합병원통원일당보장

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「급성심근경색증」으로 진단확정되고 그 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 아래의 금액을 급성심근경색증통원일당(1일이상 30일한도)로 지급합니다. 다만, 급성심근경색증통원일당(1일이상 30일한도)의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며 세부보장 각각 연간 30일을 한도로 지급합니다.

구분	지급사유	지급금액
급성 심근경색증 통원일당	병원 (의원 포함) 통원시	급성심근경색증통원일당보장 보험가입금액의 100% (단, 연간30일에 한하여 지급)
급성 심근경색증상 급 종합병원 통원일당	상급 종합병원 통원시	급성심근경색증 상급종합병원통원일당보장 보험가입금액의 100% (단, 연간30일에 한하여 지급)

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 지급사유)의 「급성심근경색증상급종합병원통원일당」의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

2 제2조(보험금의 지급사유)에서 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며,「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「급성심근경색증」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「급성심근경색증」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

3 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 통원

하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 「급성심근경색증상급종합병원통원일당」을 지급합니다.
4 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 「급성심근경색증상급종합병원통원일당」을 지급합니다.
5 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로【별표-질병8(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성 심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.
2「급성심근경색증」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(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 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(통원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사, 치과의사 또는

한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가「급성심근경색증」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며,「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「급성심근경색증」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로「급성심근경색증」으로 진단된 경우에 이는「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

제6조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 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.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-118. 수술비(1~7종, 연간3회한) [질병]보장 특별약관

2-119. 갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한) [질병]보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

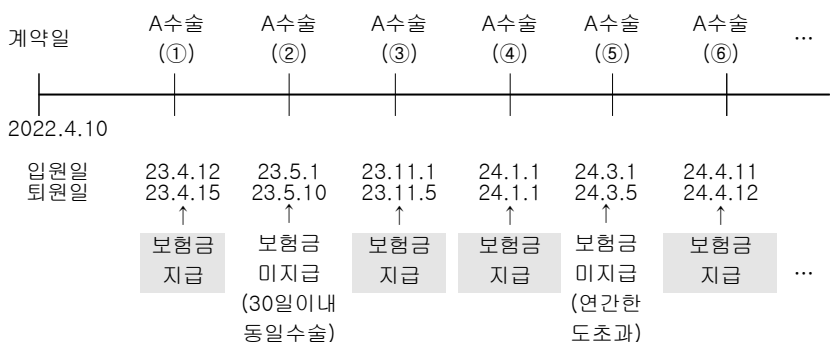
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 【별표-상해·질병1(1~7종 수술분류표)】에서 정한「수술」을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 수술비로 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 수술에 한하여 보장하며, 하나의 수술코드당 연간 3회에 한하여 보장합니다.

구 분	지급금액
1종수술	질병1종 수술비보장 보험가입금액
2종수술	질병2종 수술비보장 보험가입금액
3종수술	질병3종 수술비보장 보험가입금액
4종수술	질병4종 수술비보장 보험가입금액
5종수술	질병5종 수술비보장 보험가입금액
6종수술	질병6종 수술비보장 보험가입금액
7종수술	질병7종 수술비보장 보험가입금액

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

3 다만, 30일내에 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술코드에 해당되는「수술」을 받은 경우에는 제1항의 수술비를 지급하지 않습니다. 이 때, 30일이라 함은 수술비가 지급된 수술코드에 대하여 그「수술」이 행해진 해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일의 다음날부터 이후 동일한 수술코드가 부여된 입원의 입원일 또는 통원의 통원일까지의 기간을 말합니다.

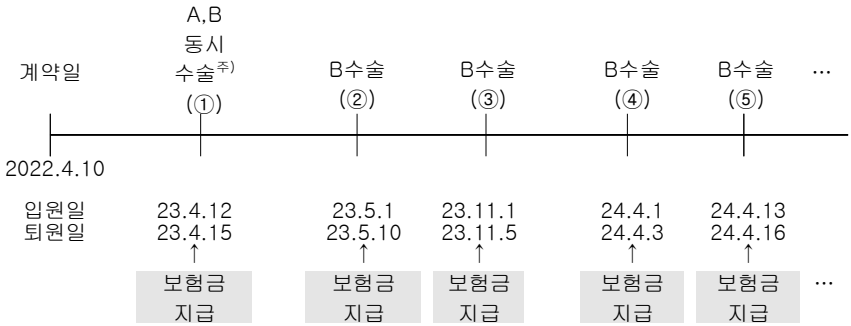
【보험금 지급예시(1)】



※ 설명

① : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)
② : 보험금 미지급
(직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일[23.4.15]부터 동일수술이 행해진 입원의 입원일[23.5.1]까지의 기간(16일)이 30일이내이므로 보험금 미지급)
③ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두 번째 A수술)
④ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세 번째 A수술)
⑤ : 보험금 미지급
(A수술, 연간 지급횟수(3회) 초과되었으므로 보험금 미지급)
⑥ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)

【보험금 지급예시(2)】



주) 2가지 수술코드가 부여되었으나, 수술종류가 A수술이 높은 경우

※ 설명
① : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)
(수술종류가 높은 A수술에 해당하는 보험금 지급)
② : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 B수술)
③ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두 번째 B수술)
④ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세 번째 B수술)
⑤ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 B수술)
(직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일[24.4.3]부터 동일수술이 행해진 입원의 입원일[24.4.13]까지의 기간(10일)이 30일이내이지만 새로운 연간에 해당되므로 보험금 지급)

제2조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 【별표-상해·질병

1(1~7종 수술분류표)】에서 정한 수술코드(이하「수술코드」라 합니다.)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의「수술코드」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하「요양급여」라 합니다) 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고,「진단명기준환자군(Diagnosis Related Group, DRG)」분류체계에 따라 부여된「ADRG(Adjacent DRG)」중 이 특별약관 정한 코드를 말합니다.

【진단명기준환자군(DRG)】

환자의 주진단명 및 기타진단명, 수술처치명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 유사한 그룹으로 분류하는 것을 말하며, 이 특별약관의 진단명기준환자군(DRG) 분류체계는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【ADRG(Adjacent DRG)】

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라“외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 의료행위[주1)]와 진단명[주2)]에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위

의료행위란 보건복지부에서 고시하는“건강보험 행위급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수”에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명

진단명이란 통계청에서 고시하는“한국표준질병·사인분류”상의 분류번호를 말합니다.

4 제3항의「수술코드」에서 향후「진단명기준환자군(DRG)」개정으로 동일한 수술에 대해「수술코드」가 변경되는 경우에도 이 특별약관의 체결시점에서 정한「수술코드」를 따릅니다.

【설명】
- (예시) 이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 A010이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술코드가 A080으로 변경된 경우에도 A010에 해당하는 수술비를 지급합니다.
- 회사는 피보험자가 수술받은 시점의 주진단범주(MDC)와 의료행위를 이 특별약관 체결시점의 진단명기준환자군(DRG) 기준에 적용합니다
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술코드를 기준으로 수술비를 지급합니다.

5 제3항 및 제4항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.

6 제1항의 수술은「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-72호, 2021.3.4.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술에 포함하여 보장합니다.

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한하여 수술비를 지급합니다.

ADGR는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술을 받더라도 진단명기준환자군(DRG)에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다. (예시) 피보험자가 입원을 하고“치료적 자궁소파술(N141)”과 “복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)(N021)”을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 외과적 우선순위에 따라 생성되는 ADRG는“복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)(N021)”입니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 수술종류가 높은 하나의 수술코드에 한하여 수술비를 지급합니다.

3 피보험자가 동일한 질병으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

4 이 특별약관의 보험기간이 끝난 때에도 피보험자가 계속입원 중에 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 이 특별약관에서 정한 바에 따라 보장합니다.

5 피보험자가「국민건강보험법」또는「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술하였으나 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우에 한하여 회사는 제2조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.

6 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 수술비와 제5항의 수술코드에 해당하는 수술비를 각각 지급합니다.

7「단순 자궁 수술(악성종양 제외)[수술코드 N031, N032]」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤으나 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑤ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
⑥ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
⑦ 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
⑧ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
⑨ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
⑩ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

2 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병은 보상하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F04～F99)
② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96～N98)
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【별표-상해·질병1(1~7종 수술분류표)】의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

4 회사는「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 해당하는 수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

5 상해를 원인으로 수술을 하여【별표-상해·질병1(1~7종

수술분류표)】에서 정한 수술코드를 받은 경우에는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명 포함), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

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

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

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-120. 항암가발비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을「항암가발보험금」으로 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 회사는 항암가발을 현물로 지원받기를 원할 경우 항암가발보험금 대신 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 최초1회에 한하여「항암가발」을 지급하여 드립니다. 다만, 가발회사의 폐업, 항암가발의 가격 상승 등으로 인하여「항암가발」을 지급할 수 없는 경우에는 그러하지 않습니다. 이 경우 보통약관 제1절 일반조항 제13조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다.

3 제2항의「항암가발」이라 함은 보험금청구 시점을 기준으로 회사가 지정한 가발회사에서 제작한 암환자용 가발로서, 보험금청구시 구체적인 품목 등을 알려드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(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 있어「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참

조)을 말합니다.
3 이 특별약관에 있어「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병 (【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
4「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
5 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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(항암방사선·약물치료의 정의)

1 이 특별약관에 있어「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어「항암약물치료」라 함은 내과 전문의

자격증을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 인한 항암가발보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-121. 수술비(1~7종, 연간3회한)(태아고급형)[질병]보장 특별약관

2-122. 갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)(태아고급형)[질병]보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

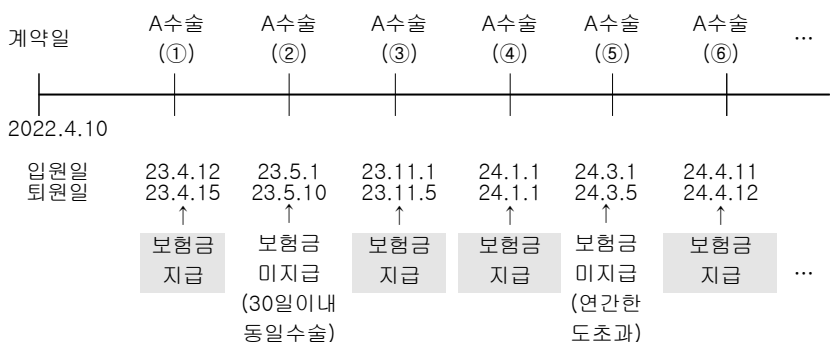
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 【별표-상해·질병3(1~7종 수술분류표Ⅱ)】에서 정한「수술」을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 수술비로 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 수술에 한하여 보장하며, 하나의 수술코드당 연간 3회에 한하여 보장합니다.

구 분	지급금액
1종수술	질병1종 수술비보장 보험가입금액
2종수술	질병2종 수술비보장 보험가입금액
3종수술	질병3종 수술비보장 보험가입금액
4종수술	질병4종 수술비보장 보험가입금액
5종수술	질병5종 수술비보장 보험가입금액
6종수술	질병6종 수술비보장 보험가입금액
7종수술	질병7종 수술비보장 보험가입금액

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

3 다만, 30일내에 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술코드에 해당되는「수술」을 받은 경우에는 제1항의 수술비를 지급하지 않습니다. 이 때, 30일이라 함은 수술비가 지급된 수술코드에 대하여 그「수술」이 행해진 해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일의 다음날부터 이후 동일한 수술코드가 부여된 입원의 입원일 또는 통원의 통원일까지의 기간을 말합니다.

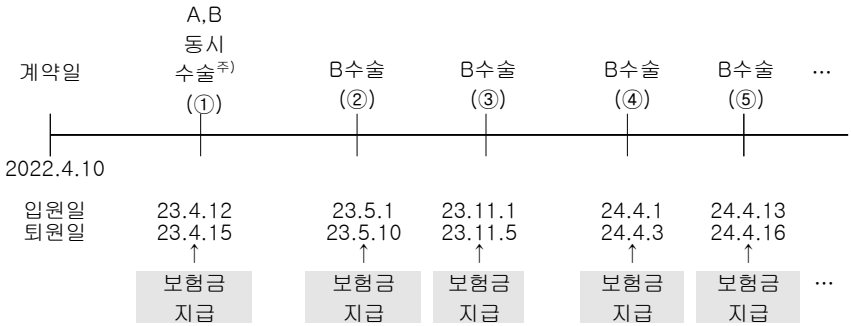
【보험금 지급예시(1)】



※ 설명

① : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)
② : 보험금 미지급
(직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일[23.4.15]부터 동일수술이 행해진 입원의 입원일[23.5.1]까지의 기간(16일)이 30일이내이므로 보험금 미지급)
③ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두 번째 A수술)
④ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세 번째 A수술)
⑤ : 보험금 미지급
(A수술, 연간 지급횟수(3회) 초과되었으므로 보험금 미지급)
⑥ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)

【보험금 지급예시(2)】



주) 2가지 수술코드가 부여되었으나, 수술종류가 A수술이 높은 경우

※ 설명
① : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)
(수술종류가 높은 A수술에 해당하는 보험금 지급)
② : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 B수술)
③ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두 번째 B수술)
④ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세 번째 B수술)
⑤ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 B수술)
(직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일[24.4.3]부터 동일수술이 행해진 입원의 입원일[24.4.13]까지의 기간(10일)이 30일이내이지만 새로운 연간에 해당되므로 보험금 지급)

제2조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에【별표-상해·질병

3(1~7종 수술분류표Ⅱ)】에서 정한 수술코드(이하「수술코드」라 합니다.)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
3 제1항의「수술코드」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하「요양급여」라 합니다) 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고,「진단명기준환자군(Diagnosis Related Group, DRG)」분류체계에 따라 부여된「ADRG(Adjacent DRG)」중 이 특별약관 정한 코드를 말합니다.

【진단명기준환자군(DRG)】
환자의 주진단명 및 기타진단명, 수술처치명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 유사한 그룹으로 분류하는 것을 말하며, 이 특별약관의 진단명기준환자군(DRG) 분류체계는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【ADRG(Adjacent DRG)】
환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라“외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 의료행위[주1)]와 진단명[주2)]에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.
주1) 의료행위
의료행위란 보건복지부에서 고시하는“건강보험 행위급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수”에서 정한 수가코드를 말합니다.
주2) 진단명
진단명이란 통계청에서 고시하는“한국표준질병·사인분류”상의 분류번호를 말합니다.

4 제3항의「수술코드」에서 향후「진단명기준환자군(DRG)」개정으로 동일한 수술에 대해「수술코드」가 변경되는 경우에도 이 특별약관의 체결시점에서 정한「수술코드」를 따릅니다.

【설명】
- (예시) 이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 A010이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술코드가 A080으로 변경된 경우에도 A010에 해당하는 수술비를 지급합니다.
- 회사는 피보험자가 수술받은 시점의 주진단범주(MDC)와 의료행위를 이 특별약관 체결시점의 진단명기준환자군(DRG) 기준에 적용합니다
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술코드를 기준으로 수술비를 지급합니다.

5 제3항 및 제4항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.

6 제1항의 수술은「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-72호, 2021.3.4.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술에 포함하여 보장합니다.

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한하여 수술비를 지급합니다.

ADGR는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술을 받더라도 진단명기준환자군(DRG)에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다. (예시) 피보험자가 입원을 하고“치료적 자궁소파술(N141)”과 “복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)(N021)”을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 외과적 우선순위에 따라 생성되는 ADRG는“복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)(N021)”입니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 수술종류가 높은 하나의 수술코드에 한하여 수술비를 지급합니다.

3 피보험자가 동일한 질병으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

4 이 특별약관의 보험기간이 끝난 때에도 피보험자가 계속입원 중에 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 이 특별약관에서 정한 바에 따라 보장합니다.

5 피보험자가「국민건강보험법」또는「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술하였으나 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우에 한하여 회사는 제2조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.

6 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 수술비와 제5항의 수술코드에 해당하는 수술비를 각각 지급합니다.

7「단순 자궁 수술(악성종양 제외)[수술코드 N031, N032]」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤으나 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑤ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
⑥ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
⑦ 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
⑧ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
⑨ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
⑩ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

2 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병은 보상하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F04～F99)
② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96～N98)
③ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00～K08)
④ 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)

3 회사는【별표-상해·질병3(1~7종 수술분류표Ⅱ)】의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

4 회사는「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 해당하는 수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

5 상해를 원인으로 수술을 하여【별표-상해·질병3(1~7종 수술분류표Ⅱ)】에서 정한 수술코드를 받은 경우에는 보상하

지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명 포함), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

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

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

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-123. 천식지속상태(급성중증천식)진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「천식지속상태」로 진단확정된 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 천식지속상태진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「천식지속상태」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 천식지속상태진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 천식지속상태진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(천식지속상태 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 「천식지속상태」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 J46(천식지속상태)로 분류되는 질병(【별표-질병43(천식지속상태 분류표)】참조)을 말합니다.

2 제1항에서 「천식지속상태」라 함은 한국표준질병사인분류지침서(통계청)의 '주요 질환별 분류 지침'에 따라 '급성중증 천식', '불응의(refractory) 천식'으로 분류된 질병을 말하며, '천식', '중증천식', '급성천식', '만성천식' 과 같은 용어로 표현되는 J45(천식)에 해당하는 질병은 제외합니다.

3 「천식지속상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「천식지속상태」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 천식지속상태진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-124. 급성신우신염진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성신우신염」으로 진단확정된 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 급성신우신염진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「급성신우신염」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 급성신우신염진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 급성신우신염진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(급성신우신염의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 「급성신우신염」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표-질병44(급성신우신염 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2 「급성신우신염」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「급성신우신염」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성신우신염진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서

정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-125. 건선특정치료비(급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「건선」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「건선 특정광선치료(급여)」 또는 「건선 특정약물및주사제치료(급여)」를 받은 경우에는 보험수익자에게 각각 연간1회에 한하여 아래의 금액을 건선특정치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
건선 특정광선치료(급여)시 (단, 연간3일이상 치료시 연간1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 20%
건선 특정약물및 주사제치료(급여)시 (단, 연간30일이상 약물처방시 또는 연간1회 이상 주사제처방시 연간1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(건선의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 「건선」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 【별표-질병45(건선 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2 「건선」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(건선 특정광선치료(급여)의 정의)

1 이 특별약관에서 「건선 특정광선치료(급여)」라 함은 「건선」의 치료를 직접적인 목적으로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 의료행위

중 아래의 수가코드에 해당하는 치료(이하「특정광선치료(급여)」라 합니다)를 연간 3일(회) 이상 받은 경우를 말합니다.

대상이 되는 치료		수가코드
레이저 광선치료	피부레이저광선치료	N0131~N0134
적자외선 치료	피부과적자외선치료	MM331~MM334

2 「특정광선치료(급여)」의 치료일수는 동일한 날 2회 이상 치료를 받는 경우에도 1일(회)로 적용합니다.

3 제1항의 「특정광선치료(급여)」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.

4 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「특정광선치료(급여)」 의료행위 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 인하여 수가코드가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 「특정광선치료(급여)」외에 「특정광선치료(급여)」에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제5조(건선 특정약물및주사제치료(급여)의 정의)

1 이 특별약관에서 「건선 특정약물및주사제치료(급여)」라 함은 「건선」의 치료를 직접적인 목적으로 「특정약물치료제(급여)」를 연간 30일 이상 처방받는 경우 또는 「특정주사치료제(급여)」를 연간 1회 이상 처방받는 경우를 말합니다.

2 「특정약물치료제(급여)」 및 「특정주사치료제(급여)」라 함은 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 정한 분류번호의 114, 142, 421에 해당하는 의약품 중 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 사이클로스포린((microemulsion) cyclosporin) 또는 메쏘드렉세이트(methotrexate)에 해당하는 약제를 말합니다.

3 제1항에서 연간 30일이상 처방받는 경우라 함은 「특정약물치료제(급여)」의 연간 처방일수(외용 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회이상 「특정약물치료제(급여)」를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30일이상의 경우를 말합니다.

4 제3항의 처방일수 합산시 기준일자는 「특정약물치료제(급여)」를 처방받은 날로 합니다.

5 제1항 및 제2항의 「특정약물치료제(급여)」 및 「특정주사치료제(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
6 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「특정약물치료제(급여)」 및 「특정주사치료제(급여)」 처방 의료행위 당시 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 개정으로 인하여 수가코드가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
7 제1항 내지 제6항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제2항에서 정한「특정약물치료제(급여)」 및 「특정주사치료제(급여)」외에「특정약물치료제(급여)」 및 「특정주사치료제(급여)」에 해당하는 의료행위가 있는 경우에는 그 의료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서
  ㉠ 「건선 특정광선치료(급여)」를 받은 경우 : 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수기재), 진료기록부(검사기록지 포함) 등
  ㉡ 「건선 특정약물및주사제치료(급여)」를 받은 경우 : 진단서, 진료기록부(검사기록지 포함), 요양급여비용명세서(상병명 및 총 투여일수 필수기재) 등
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금

을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

2-126. 독감(인플루엔자)및특정9대감염병입원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「독감(인플루엔자)」또는「특정9대감염병」으로 진단확정되고 그「독감(인플루엔자)」또는「특정9대감염병」치료를 직접적인 목적으로 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 입원일부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 독감(인플루엔자)및특정9대감염병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

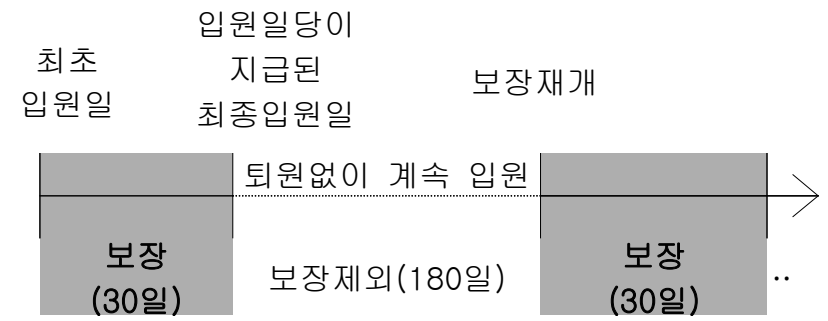
1 독감(인플루엔자)및특정9대감염병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한 입원으로「독감(인플루엔자)」또는「특정9대감염병」에 해당하는 2가지 이상의 질병을 같이 치료한 경우도 1회로 보아 제1항을 적용합니다.

3 동일한「독감(인플루엔자)」또는「특정9대감염병」의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

4 제3항에도 불구하고, 동일한「독감(인플루엔자)」또는「특정9대감염병」에 대한 입원이라도 독감(인플루엔자)및특정9대감염병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 독감(인플루엔자)및특정9대감염병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 독감(인플루엔자)및특정9대감염병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 독감(인플루엔자)및특정감염병입원일당 [예시]】



5 피보험자가「독감(인플루엔자)」또는「특정9대감염병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 독감(인플루엔자)및특정9대감염병

입원일당을 계속 보상합니다.
6 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「독감(인플루엔자)」또는「특정9대감염병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
7 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 독감(인플루엔자)및특정9대감염병입원일당의 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)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(독감(인플루엔자) 및 특정9대감염병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「독감(인플루엔자)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표-질병46(독감(인플루엔자) 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어「특정9대감염병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「특정9대감염병」으로 분류되는 질병으로【별표-질병47(특정9대감염병 분류표)】에서 정한「장출혈성대장균 감염증」,「백일해」,「유행성이하선염」,「수두」,「성홍열」,「로타바이러스 감염증」,「노로바이러스 감염증」,「호흡기세포융합바이러스 감염증」,「수족구병」을 말합니다.
3「독감(인플루엔자)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 배양검사, 유전자검출 검사, 혈청검사, 신속항원검사(Rapid Antigen test) 또는 의사의 임상적 판단 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「독감(인플루엔자)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
4「특정9대감염병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 대소변, 뇌척수액, 타액, 비인두 흡인액 및 도찰물, 직장도말물 등 검체에서 배양검사, 항원 및 항체 검출검사, 유전

자 검출검사 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「특정9대감염병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【용어풀이】 도찰물 또는 도말물이란 도찰, 도말의 방법으로 채취한 검체(상피세포, 분비물 등)를 말합니다. 도찰이란 검사용 도구(면봉 등)를 이용하여 세균 등의 존재여부 확인이 필요한 대상을 살짝 묻혀 채취하는 방법을 말합니다. 도말이란 검사용 도구(도말봉 등)를 이용하여 세균 등의 존재여부 확인이 필요한 대상을 묻히고 배지 위에 배양하는 방법을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가「독감(인플루엔자)」또는「특정9대감염병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서「독감(인플루엔자)」또는「특정9대감염병」의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원이란 의사에 의해「독감(인플루엔자)」또는「특정9대감염병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며,「독감(인플루엔자)」또는「특정9대감염병」의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라「독감(인플루엔자)」또는「특정9대감염병」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만「독감(인플루엔자)」또는「특정9대감염병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로「독감(인플루엔자)」또는「특정9대감염병」으로 진단된 경우에는 이는「독감(인플루엔자)」또는「특정9대감염병」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

Ⅲ. 상해·질병관련 특별약관

3-1. 5대장기이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인한 장기수혜자로서 「5대장기이식수술」을 받았을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(5대장기이식수술의 정의)

이 특별약관에 있어서「5대장기」라 함은 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐장을 말하며,「5대장기이식수술」이라 함은「장기등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 다만, 랑게르한스 소도세포 이식수술은 5대장기이식수술로 보지 않습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대장기이식수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제

10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

3-2. 깁스치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 「깁스(Cast)치료」를 받았을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 상해 또는 질병으로 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.

제3조(깁스(Cast)치료의 정의)

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 치료 효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법은 제외합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의

납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

3-3. 각막이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인한 장기수혜자로서 「각막이식수술」을 받았을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 각막이식수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(각막이식수술의 정의)

이 특별약관에 있어서「각막이식수술」이라 함은「장기등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치

③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)

④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 각막이식수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

3-4. 응급실내원비(응급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「응급환자」에 해당되어「응급실」에 내원하여 진료받은 경우 보험수익자에게 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 응급실내원비(응급)로 지급합니다. 이 때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 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.

제3조(응급실 및 응급환자의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장 · 군수 · 구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서「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.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 응급실기록지사본 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 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 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 그러하지 아니하다.

【응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)】

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. [별표1]의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표1]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

관련법령이 변경되는 경우 변경된 법률을 적용합니다.

3-5. 응급실내원비(비응급)보장 특별약관
3-6. 응급실내원비(비응급)Q보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「응급환자」에 해당되지는 않으나 질병 또는 상해로 인하여「응급실」에 내원하여 진료 받은 경우 보험수익자에게 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 응급실내원비(비응급)로 지급합니다. 이 때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 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.

제3조(응급실 및 응급환자의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어서「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장 · 군수 · 구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서「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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항부터 제2항까지에서 정한 규정에 따라 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 않습니다.
① 정신 및 행동장애(F04~F99)

② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99)
④ 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
다만, 응급실내원비(비응급)Q보장 특별약관을 가입한 경우에는 선천성 뇌질환(Q00~Q04)으로 인해 보험금 지급사유가 발생한 때에도 보험금을 지급합니다.
⑤ 비만(E66)
⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
⑦ 직장 또는 항문 질환 중「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60～K62, K64)
⑧ 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00-Z99)

3 회사는 아래 목적의 치료에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
① 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 치료. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
③ 아래에 열거된 치료
1. 단순한 피로 또는 권태
2. 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
3. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(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

④ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료
1. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지

방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

2. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
3. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
4. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
5. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

⑤ 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 응급실기록지사본 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 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제

10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 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 그러하지 아니하다.

【응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)】

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. [별표1]의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표1]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

관련법령이 변경되는 경우 변경된 법률을 적용합니다.

3-7. 신깁스치료비보장 특별약관

3-8. 갱신형 신깁스치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병 또는 상해로 인하여 제3조(신깁스치료의 정의 및 지급률표) 제1항에서 정한「신깁스치료」를 받았을 때에는 보험수익자에게 제3조(신깁스치료의 정의 및 지급률표) 제1항에서 정한 진료행위별 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 신깁스치료비 보험금으로 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법은 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 상해 또는 질병으로 두가지 이상의 신깁스치료를 받은 경우에는 그 각각에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 바에 따라 산출한 보험금을 합산하여 지급하나, 신체 동일 부위에 대한 동일한「신깁스치료」는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

2 회사가 지급하여야 할 하나의 상해 또는 질병으로 인한 신깁스치료비 보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

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

제3조(신깁스치료의 정의 및 지급률표)

1 이 특별약관에서 있어「신깁스치료」라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에서 신깁스치료가 필요하다고 인정하는 기준(이하 「신깁스치료 급여인정기준」이라 합니다)에 해당하는 경우로서 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위명칭	진료행위코드	지급률
손가락캐스트	T6090	5%

진료행위명칭	진료 행위 코드	지급률
단상지[전완으로부터 수부까지]	T6030	10%
장상지[상완으로부터 수부까지] 8자형 석고	T6020 T6120	20%
단하지[하퇴로부터족부까지]-Without Walker 단하지[하퇴로부터족부까지]-With Walker 슬개건 부하캐스트 견수상[흉부로부터 수부까지] 벨포캐스트	T6060 T6061 T6063 T6010 T6110	30%
대퇴에서 족부에 미치는 캐스트 장하지[대퇴로부터 족부까지]-Without Walker 장하지[대퇴로부터 족부까지]-With Walker Risser형 체간캐스트 Minerva형 체간캐스트	T6050 T6051 T6052 T6080 T6070	40%
고수상[요부로부터 족부까지, 척추cast포함]	T6040	60%

2 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로「신깁스치료 급여인정기준」이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한「신깁스치료 급여인정기준」을 따릅니다.

제4조(보험기간)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 3년, 10년, 20년 중 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 계약자가 선택한 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

3-9. 보험료납입면제진단비(50%이상후유장해 및 9대질병진단)보장 특별약관

* 이 특별약관은 2종(보험료 납입면제형) 가입시에 한하여 가입 가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 보험료납입면제진단비로 지급합니다.

① 피보험자가 상해로【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
② 피보험자가 진단확정된 질병으로【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
③ 피보험자가「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
④ 피보험자가「제자리암」으로 진단확정되었을 경우
⑤ 피보험자가「기타피부암」으로 진단확정되었을 경우
⑥ 피보험자가「경계성종양」으로 진단확정되었을 경우
⑦ 피보험자가「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우
⑧ 피보험자가「뇌혈관질환」으로 진단확정되었을 경우
⑨ 피보험자가「허혈성심장질환」으로 진단확정되었을 경우
⑩ 피보험자가「양성뇌종양」으로 진단확정되었을 경우
⑪ 피보험자가「중대한재생불량성빈혈」로 진단확정되었을 경우

구 분	지급금액
상해 50%이상 후유장해시, 질병 50%이상 후유장해시, 「암(유사암제외)」,「제자리암」, 「기타피부암」,「경계성종양」, 「갑상선암」,「뇌혈관질환」, 「허혈성심장질환」,「양성뇌종양」 또는 「중대한재생불량성빈혈」로 진단확정시 (단, 최초지급사유 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「암(유사암제외)」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」,「갑상선암」,「뇌혈관질환」,「허혈성심장질환」,

「양성뇌종양」 또는 「중대한재생불량성빈혈」로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 보험료납입면제진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 보험료납입면제진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 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 결정합니다.

3 【별표-공통2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표-공통2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

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

5 같은 상해 또는 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해 또는 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별

판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 보험료납입면제진단비 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료납입면제진단비가 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 보험료납입면제진단비가 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 보험료납입면제진단비에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(암(유사암제외), 유사암, 뇌혈관질환, 허혈성심장질환, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(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 있어「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표-질병3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
3 이 특별약관에 있어「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
4 이 특별약관에 있어「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표-질병4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
5 이 특별약관에 있어「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
6 이 특별약관에 있어「유사암」이라 함은「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.
7「암(유사암제외)」및「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암

(유사암제외)」및「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(유사암제외)」및「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

【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.

9 이 특별약관에 있어「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로【별표-질병20(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

10「뇌혈관질환」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 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「뇌혈관질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

11 제10항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제10항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있

는 경우

② 부검감정서상 사인이「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

⑫ 이 특별약관에 있어서「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로【별표-질병21(허혈성심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

⑬「허혈성심장질환」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(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「허혈성심장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제13항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

⑮ 이 특별약관에 있어「양성뇌종양」이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 한국표준질병·사인분류 중【별표-질병35(양성뇌종양(경계성종양제외) 대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형, 경계성종양은 보장에서 제외합니다.

⑯「양성뇌종양」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하「의사」라고 합니다) 중 신경과, 신경외과 또는 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「양성뇌종양」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑰ 이 특별약관에 있어「중대한재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)」이라 함은 「영구적인 재생불량성빈혈」로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 치료를 받고 있고 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병 상태를 말합니다.
⑱ 제17항의「영구적인 재생불량성빈혈」이라 함은 만성 골수부전상태로써 호중구 수가 200/mm^3미만이거나, 또는 골수세포충실성(bone marrow cellularity)이 25%이하 이고 동시에 다음중 2가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.
① 호중구 수가 500/mm^3미만
② 혈소판 수가 20,000/mm^3미만
③ 망상적혈구 수가 20,000/mm^3미만
⑲ 제17항 및 제18항에도 불구하고 일시적이거나 회복이 가능한 재생불량성빈혈은 납입면제 사유에서 제외 됩니다.
⑳「중대한재생불량성빈혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「중대한재생불량성빈혈」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외합니다.

3-10. 50%이상후유장해 및 9대질병진단 (페이백 기본형)보장 특별약관

* 이 특별약관은 2종(보험료 납입면제형) 가입시에 한하여 가입 가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 50%이상 후유장해 및 9대질병진단보험금으로 지급합니다.

① 피보험자가 상해로 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 피보험자가 진단확정된 질병으로 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

③ 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우

④ 피보험자가 「제자리암」으로 진단확정되었을 경우

⑤ 피보험자가 「기타피부암」으로 진단확정되었을 경우

⑥ 피보험자가 「경계성종양」으로 진단확정되었을 경우

⑦ 피보험자가 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우

⑧ 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단확정되었을 경우

⑨ 피보험자가 「허혈성심장질환」으로 진단확정되었을 경우

⑩ 피보험자가 「양성뇌종양」으로 진단확정되었을 경우

⑪ 피보험자가 「중대한재생불량성빈혈」로 진단확정되었을 경우

구 분	지급금액
상해 50%이상 후유장해시, 질병 50%이상 후유장해시, 「암(유사암제외)」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」, 「갑상선암」, 「뇌혈관질환」, 「허혈성심장질환」, 「양성뇌종양」 또는 「중대한재생불량성빈혈」로 진단확정시 (단, 최초지급사유 1회에 한하여 지급)	보험가입금액 × 납입경과월수

2 이 특별약관에서 납입경과월수라 함은 계약 체결시부터 보험금 지급사유 발생일까지의 매월 계약해당일의 경과횟수

를 말하며,「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 전환후계약의 계약일부터 보험금 지급사유 발생일까지의 매월 계약해당일의 경과횟수를 말합니다. 단, 납입경과월수는 이 특별약관의 총 보험료 납입횟수를 한도로 합니다.

3 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「암(유사암제외)」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」,「갑상선암」,「뇌혈관질환」,「허혈성심장질환」,「양성뇌종양」 또는 「중대한재생불량성빈혈」로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표-공통2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 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 결정합니다.

3 【별표-공통2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표-공통2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

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

5 같은 상해 또는 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만,【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별

도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 다른 상해 또는 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(암(유사암제외), 유사암, 뇌혈관질환, 허혈성심장질환, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(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 있어「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표-질병3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
3 이 특별약관에 있어「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
4 이 특별약관에 있어「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표-질병4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
5 이 특별약관에 있어「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
6 이 특별약관에 있어「유사암」이라 함은「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니

다.

7 「암(유사암제외)」 및 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」 및 「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」 및 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

【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.

9 이 특별약관에 있어 「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로 【별표-질병20(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

10 「뇌혈관질환」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 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌혈관질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제10항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

⑫ 이 특별약관에 있어서「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로【별표-질병21(허혈성심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

⑬「허혈성심장질환」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(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「허혈성심장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제13항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

⑮ 이 특별약관에 있어「양성뇌종양」이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 한국표준질병·사인분류 중【별표-질병35(양성뇌종양(경계성종양제외) 대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형, 경계성종양은 보장에서 제외합니다.

⑯「양성뇌종양」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하「의사」라고 합니다) 중 신경과, 신경외과 또는 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전

산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「양성뇌종양」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑰ 이 특별약관에 있어「중대한재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)」이라 함은 「영구적인 재생불량성빈혈」로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 치료를 받고 있고 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병 상태를 말합니다.

⑱ 제17항의「영구적인 재생불량성빈혈」이라 함은 만성 골수부전상태로써 호중구 수가 200/mm^3미만이거나, 또는 골수세포충실성(bone marrow cellularity)이 25%이하 이고 동시에 다음중 2가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.

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

⑲ 제17항 및 제18항에도 불구하고 일시적이거나 회복이 가능한 재생불량성빈혈은 납입면제 사유에서 제외 됩니다.

⑳「중대한재생불량성빈혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「중대한재생불량성빈혈」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립

부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외합니다.

3-11. 50%이상후유장해 및 9대질병진단 (페이백 만기확장형)보장 특별약관

* 이 특별약관은 2종(보험료 납입면제형) 가입시에 한하여 가입 가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 50%이상 후유장해 및 9대질병진단보험금으로 지급합니다.

① 피보험자가 상해로 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 피보험자가 진단확정된 질병으로 【별표-공통2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

③ 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우

④ 피보험자가 「제자리암」으로 진단확정되었을 경우

⑤ 피보험자가 「기타피부암」으로 진단확정되었을 경우

⑥ 피보험자가 「경계성종양」으로 진단확정되었을 경우

⑦ 피보험자가 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우

⑧ 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단확정되었을 경우

⑨ 피보험자가 「허혈성심장질환」으로 진단확정되었을 경우

⑩ 피보험자가 「양성뇌종양」으로 진단확정되었을 경우

⑪ 피보험자가 「중대한재생불량성빈혈」로 진단확정되었을 경우

구 분	지급금액	
상해 50%이상 후유장해시, 질병 50%이상 후유장해시, 「암(유사암제외)」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」, 「갑상선암」, 「뇌혈관질환」, 「허혈성심장질환」, 「양성뇌종양」 또는 「중대한재생불량성빈혈」로 진단확정시 (단, 최초지급사유 1회에 한하여 지급)	보험료 납입기간 중	보험가입금액 × 납입경과월수
	보험료 납입기간이 완료된 이후	보험가입금액 × 납입기간 × 12

2 이 특별약관에서 납입경과월수라 함은 계약 체결시부터 보험금 지급사유 발생일까지의 매월 계약해당일의 경과횟수를 말하며,「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 전환후계약의 계약일부터 보험금 지급사유 발생일까지의 매월 계약해당일의 경과횟수를 말합니다. 단, 납입경과월수는 이 특별약관의 총 보험료 납입횟수를 한도로 합니다.
3 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「암(유사암제외)」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」,「갑상선암」,「뇌혈관질환」,「허혈성심장질환」,「양성뇌종양」 또는 「중대한재생불량성빈혈」로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 보험금에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만,【별표-공통2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 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 결정합니다.
3【별표-공통2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라【별표-공통2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.
4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
5 같은 상해 또는 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해

가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 다른 상해 또는 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표-공통2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(암(유사암제외), 유사암, 뇌혈관질환, 허혈성심장질환, 양성뇌종양, 중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표-질병2(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 있어「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표-질병3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
3 이 특별약관에 있어「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
4 이 특별약관에 있어「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표-질병4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
5 이 특별약관에 있어「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표-질병2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

6 이 특별약관에 있어「유사암」이라 함은「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.

7「암(유사암제외)」및「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암(유사암제외)」및「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(유사암제외)」및「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

【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.

9 이 특별약관에 있어「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로【별표-질병20(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

10「뇌혈관질환」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 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「뇌혈관질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고

인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

11 제10항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제10항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

12 이 특별약관에 있어서「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로【별표-질병21(허혈성심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

13「허혈성심장질환」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(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「허혈성심장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

14 제13항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제13항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

15 이 특별약관에 있어「양성뇌종양」이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 한국표준질병·사인분류 중【별표-질병35(양성뇌종양(경계성종양제외) 대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형, 경계성종양은 보장에서 제외합니다.

16「양성뇌종양」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하「의사」라고 합니다) 중 신경과, 신경외과 또는 병리과 전

문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「양성뇌종양」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑰ 이 특별약관에 있어「중대한재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)」이라 함은 「영구적인 재생불량성빈혈」로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 치료를 받고 있고 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병 상태를 말합니다.

⑱ 제17항의「영구적인 재생불량성빈혈」이라 함은 만성 골수부전상태로써 호중구 수가 200/mm^3미만이거나, 또는 골수세포충실성(bone marrow cellularity)이 25%이하 이고 동시에 다음중 2가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.

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

⑲ 제17항 및 제18항에도 불구하고 일시적이거나 회복이 가능한 재생불량성빈혈은 납입면제 사유에서 제외 됩니다.

⑳「중대한재생불량성빈혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「중대한재생불량성빈혈」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외합니다.

3-12. 아나필락시스진단비(응급, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제5조(응급실의 정의)에서 정한「응급실」에 내원하여「아나필락시스」로 진단확정된 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 아나필락시스진단비(응급,연간1회한)로 지급합니다.

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

3 피보험자가 보험기간 중 사망하고 그 후에「아나필락시스」로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항에 해당하는 경우에 한하여 아나필락시스진단비(응급,연간1회한)를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 아나필락시스진단비(응급,연간1회한)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

4 피보험자가 응급실 내원하던 도중 사망하는 경우에도「아나필락시스」를 직접적인 원인으로 사망한 것이 확인된 경우에는 응급실에 내원하여 진단받은 것으로 보아 제3항을 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 「응급실」이 아닌 곳에서 진료를 받은 경우

② 「아나필락시스양(anaphylactoid reaction)」반응

제4조(아나필락시스의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「아나필락시스」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「아나필락시스」로 분류되는 상병으로【별표-상해·질병2(아나필락시스 분류표)】에서 정한 상병

을 말합니다.
2 「아나필락시스」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 피부단자검사, 혈액검사, 항체검사, 항원검사, 유발검사 등에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「아나필락시스」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(응급실의 정의)

이 특별약관에서「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장 · 군수 · 구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(응급실기록지사본, 진단서(병명, 질병 분류번호 기입), 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.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 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 그러하지 아니하다.

3-13. 7대장기이식대기등록보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 보험기간 중「7대장기이식대기자」로 등록되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 7대장기이식대기등록지원금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(7대장기이식대기자의 정의)

1 이 특별약관에서「7대장기」이라 함은 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐, 조혈모세포, 안구를 말합니다.

2「7대장기이식대기자」라 함은「장기등 이식에 관한 법률」에서 정의한「장기등이식대기자」중 제1항의「7대장기」의 이식대기를 등록한 사람을 말합니다.

【관련법규】

장기등 이식에 관한 법률 제4조(정의) 제4호

4.「장기등이식대기자」란 자신의 장기등의 기능회복을 목적으로 다른 사람의 장기등을 이식받기 위하여 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.

장기등 이식에 관한 법률 제14조(장기등기증자 등의 등록)

① 장기등기증자 또는 장기등이식대기자로 등록하려는 사람은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 등록기관에 등록을 신청하여야 한다. 다만, 장기등기증자가 뇌사자 또는 사망한 자의 경우에는 그 가족 또는 유족 중 1명이 등록을 신청할 수 있다.

② 등록기관의 장은 제1항에 따른 신청을 받으면 다음 각 호의 기준에 따라 등록 여부를 결정하여야 한다.

1. 장기등기증자의 경우 : 제12조 및 제22조에 따른 본인이나 가족 또는 유족의 동의 여부와 등록기관의 장이 실시하는 신체검사(등록기관이 의료기관이 아닌 경우에는 등록기관의 장이 지정하는 의료기관에서 실시하는 신체검사를 말한다. 이하 같다) 결과 장

기등기증자로 적합한지 여부. 다만, 장기등기증자로 적합한지 확인할 수 있는 신체검사 결과가 있으면 신체검사를 생략할 수 있다. 2. 장기등이식대기자의 경우 : 등록기관의 장이 실시하는 신체검사 결과 장기등이식대기자로 적합한지 여부

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 의사 소견서 또는 진료의뢰서 (이식이 필요한 장기등의 명칭, 장기이식대기등록일자, 장기등이식대기자 등록 KONOS ID 발급 확인 기재)

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 제3호의 의사소견서 또는 진료의뢰서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 7대장기이식대기등록지원금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

Ⅳ. 비용관련 특별약관

4-1. 의료사고법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 보험수익자에게 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조에서 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따라 치료를 받고 보험기간 종료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 제1항에 따라 보상합니다.

3 제1항의「의료사고」라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 총칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 의료법 제3조에서 정한 의료기관에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 상해는 의료사고로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

① 보험증권에 기재된 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
② 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
③ 계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사 양식)
② 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료확인서 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

제4조(보험금의 분담)

1 이 계약에서 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 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상합니다.

2 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액 인출에 관한 사항)은 제외하며, 보통약관 1종(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제1절 일반조항 제27조의1(보험료의 납입면제) 및 제27조의2(납입면제에 관한 세부규정)도 제외합니다.

Ⅴ. 별표

【별표-공통1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(보통약관 제1절 일반조항 제8조 제5항, 제10조 제3항, 10조의1 제3항 및 제35조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금 (보통약관 제1절 일반조항 제3조) (특별약관이 부가된 경우 특별약관의 보험금 포함)	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 (보통약관 제1절 일반조항 제10조 제1항) 및 해지환급금 (보통약관 제1절 일반조항 제35조 제2항) (특별약관이 부가된 경우 특별약관의 해지환급금 포함)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	[1형(해지환급금 지급형)] 1년이내 : [보장]공시이율의 50% [2형(계약전환형), 및 3형(해지환급금 미지급형 (납입후50%))] 1년이내 : 평균공시이율의 50%
		[1형(해지환급금 지급형)] 1년초과기간 : [보장]공시이율의 40% [2형(계약전환형), 및 3형(해지환급금 미지급형 (납입후50%))] 1년초과기간 :

구 분	기 간	지 급 이 자
		평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
태아보장기간 적립환급금 (보통약관 제1절 일반조항 제10조의1 제3항) (1형(해지환급금 지급형)에 한함)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험만기일까지의 기간	[보장]공시이율
	보험만기일의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : [보장]공시이율의 50%
		1년초과기간 : [보장]공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 회사가 만기환급금 및 태아보장기간 적립환급금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 [보장]공시이율을 적용하여 계산한 이자를 지급합니다.

2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.

3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 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.

【별표-공통2】

장해분류표

1 총칙

1. 장해의 정의

1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 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 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉・복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계・정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌・우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도③ 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 최대 교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
4) “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 외상후 1년 이상이 지난 뒤에 그 장해정도를 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 운동

범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우

나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우

7) “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해“라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.

8) “뚜렷한 시야 장해”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상 범위와 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 90dB이상인 경우를 말한다.
3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 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 1/2이상 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 개구(입을 벌림)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 심한 개구(입을 벌림)운동 제한이나 저작(씹기)운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 뚜렷한 개구(입을 벌림)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우

나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌림)운동이 1cm이하로 제한되는 경우

다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우

라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 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 개구(입을 벌림)운동 제한 또는 약간의 저작(씹기)운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우

나) 위·아래턱(상・하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌림)운동이 2cm이하로 제한되는 경우

다) 위·아래턱(상・하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우

라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구(입을 벌림)장해는 턱관절의 이상으로 개구(입을 벌림)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구(입을 벌림)상태에서 위·아래턱(상・하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.

6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.

7) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우

나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우

8) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
12) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아수에 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(반흔(흉터) 성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
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(흉터) 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔(흉터)의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔(흉터)은 합산대상에서 제외한다.
5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/2이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
라) 코의 1/4이상 결손
2) 머리
가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6～11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만

곡을 고려하여 평가한다.

나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부 [인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.

다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.

5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술여부에 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 제2

경추를 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) 및 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 휘어

지는 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 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태

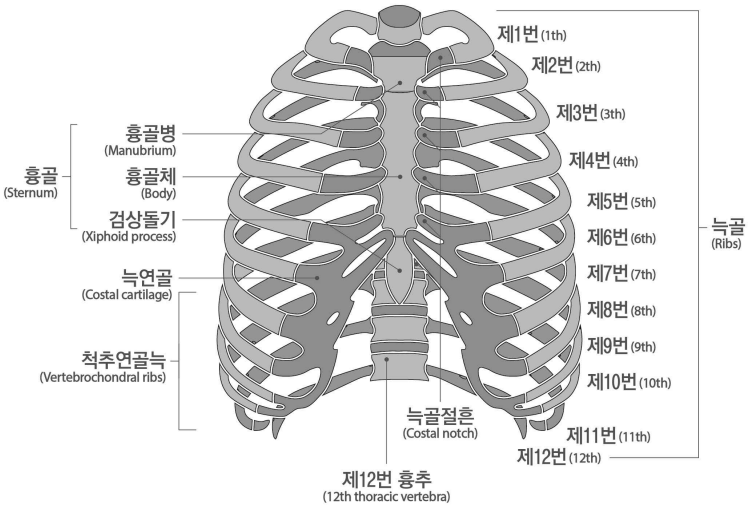
나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사를 통해 측정한 각(角)

변형이 20° 이상인 경우

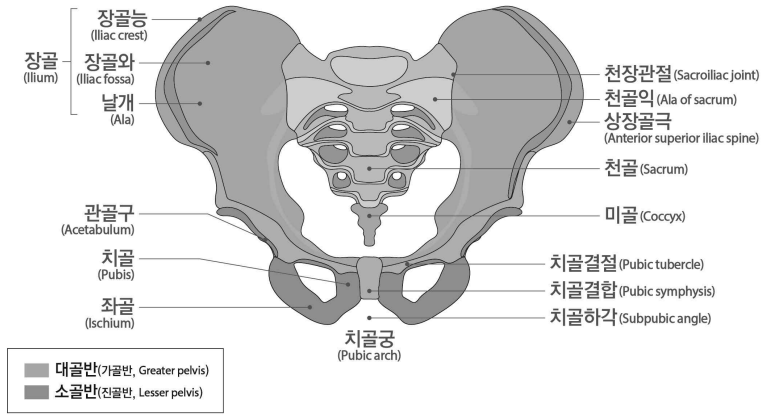
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

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) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한팔의 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 치유후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및

제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) "관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우

8) "관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 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 정상운동범위의 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 정상운동범위의 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 2개뼈 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 척골중 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 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그

것이 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 치유후의 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) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 다리의 관절기능 장해 평가는 다리의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.

가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(Zero)"인 경우

8) “관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 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 정상운동범위의 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 정상운동범위의 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 2개뼈 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 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.
2) 1하지(다리와 발가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나 마다)	10
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나 마다)	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 치유후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 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 손가

락에서는 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 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 더하여 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 더한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절 운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

< 손가락 >

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

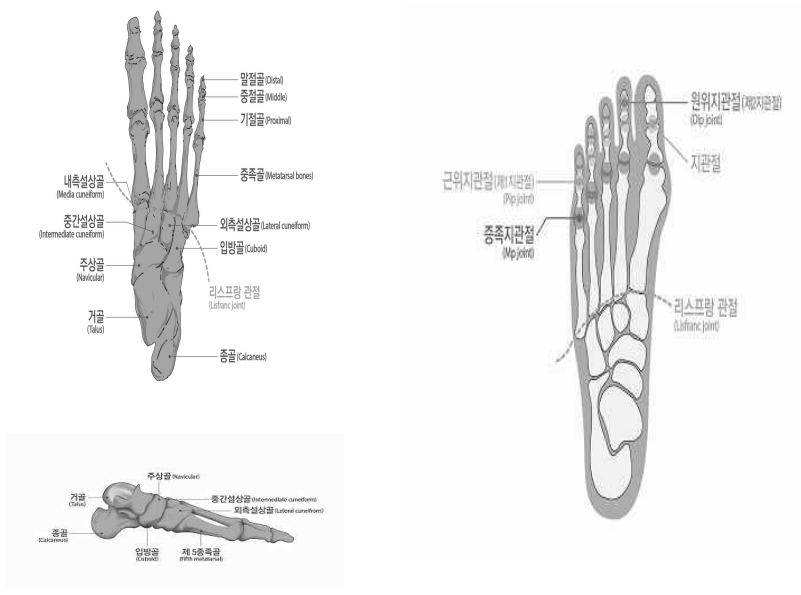
장해의 분류	지급률
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

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 발가락에서는 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 더한다.

8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 발가락 >

12. 흉・복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

1) “심장 기능을 잃었을 때”라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.

2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때”라

함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 위, 대장(결장～직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때

다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

4) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때

나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태

다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때

라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우

바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때

나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때

다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성

호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.

7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.

8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계・정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10～100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 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 “능력장애측정기준”[주] 상 6개

항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) "정신행동에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 "능력장애측정기준" 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) "정신행동에 경미한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 "능력장애측정기준" 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성

장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지

는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

사) “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 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 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할수 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),

유형	제한정도에 따른 지급률
	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%)
옷입고 벗기	- 상, 하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상, 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상, 하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

【별표-공통3】

장애인의 종류 및 기준(정신장애인)

정신장애인
지속적인 양극성 정동장애(情動障碍, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 조현병, 조현정동장애(調絃情動障碍) 및 재발성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

【별표-상해1】

골절(치아파절 제외) 분류표Ⅱ

1. 약관에 규정하는 골절(치아파절 제외)로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 척추 및 척수의 출산 손상	P11.5
2. 출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
3. 두개골의 기타 출산손상	P13.1
4. 대퇴골의 출산손상	P13.2
5. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
6. 출산손상으로 인한 쇄골의 골절	P13.4
7. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
8. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 목의 골절	S12
4. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
5. 요추 및 골반의 골절	S32
6. 어깨 및 위팔의 골절	S42
7. 아래팔의 골절	S52
8. 손목 및 손부위의 골절	S62
9. 대퇴골의 골절	S72
10. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
11. 발목을 제외한 발의 골절	S92
12. 여러 신체 부위를 침범한 골절	T02
13. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
14. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
15. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
16. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진

단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-상해2】

골절 분류표Ⅱ

1. 약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 척추 및 척수의 출산 손상	P11.5
2. 출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
3. 두개골의 기타 출산손상	P13.1
4. 대퇴골의 출산손상	P13.2
5. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
6. 출산손상으로 인한 쇄골의 골절	P13.4
7. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
8. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 목의 골절	S12
4. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
5. 요추 및 골반의 골절	S32
6. 어깨 및 위팔의 골절	S42
7. 아래팔의 골절	S52
8. 손목 및 손부위의 골절	S62
9. 대퇴골의 골절	S72
10. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
11. 발목을 제외한 발의 골절	S92
12. 여러 신체 부위를 침범한 골절	T02
13. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
14. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
15. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
16. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-상해3】

화상 분류표

1. 약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-상해4】

5대골절 분류표

1. 약관에 규정하는 5대골절로 분류되는 상병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행))중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 상 병	표준질병 사인분류
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

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-상해5】

중대한 특정상해 분류표

1. 약관에 규정하는 중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 상 병	분류번호
뇌손상	두개내손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
	복강내기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-상해6】

자동차사고 부상 등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제3조 제1항 2호를 따릅니다.

부상 급별	상해내용
1급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다) 2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해 5. 척주 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신 마비를 동반한 상해 6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절 7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절 8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 9. 상완부 완전 절단(주관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 대퇴부 완전 절단(슬관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다) 14. 화상·좌창·괴사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해 15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해 3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출

부상 급별	상해내용
	수술을 시행한 상해 4. 신장 파열로 수술한 상해 5. 척주 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해 6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 할로베스트나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 8. 전완부 완전 절단(완관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해 11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절 12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 하퇴부 완전 절단(족관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다) 6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해 7. 내부 장기 손상(장간막 파열을 포함한다)으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을

부상 급별	상해내용
	시행한 상해 8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해 9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 상완부 완전 절단(주관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다) 14. 대퇴부 완전 절단(슬관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해 18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 각막 이식술을 시행한 상해 3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다) 5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다) 6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행한 상해(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다) 8. 상완골 경부 골절 9. 상완골 간부 분쇄성 골절 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골

부상 급별	상해내용
	절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다)로 수술을 시행한 상해 11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 전완부 완전 절단(완관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 요수근관절 골절 및 탈구(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해 15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해 18. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행한 상해 19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해 20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해 22. 하퇴부 완전 절단(족관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 거골 또는 종골 골절 24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해 3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해

부상 급별	상해내용
	4. 안정성 추체 골절 5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 상완골 간부 골절 7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 9. 요골 경상돌기 골절 10. 요골 원위부 관절내 골절 11. 수근 주상골 골절 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절 18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 슬개골 골절 21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다) 24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다) 25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 사지 근 또는 건 파열로 6개 이상의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해

부상 급별	상해내용
	30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 심장 타박 5. 폐좌상(일측 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다) 6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해 7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해 8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해 9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해 10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해 11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 상완골 대결절 견열 골절 13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다) 14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해 17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절 18. 요골 경부 골절 19. 척골 주두부 골절 20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골

부상 급별	상해내용
	절탈구 22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해 25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해 26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개 28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 30. 사지 근 또는 건 파열로 3개 이상 5개 이하의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절 2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해 3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해 4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골 골절 6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다) 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 척골 경상돌기 기저부 골절 11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 요수근관절 탈구(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해 13. 요수근관절 골절 및 탈구(수근골간관절 탈구,

부상 급별	상해내용
	원위 요척관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 주상골 외 수근골 골절 15. 수근부 주상골·월상골간 인대 파열 16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 중수골 골절 18. 중수수지관절의 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 20. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절 23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절 25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절 3. 외상성 시신경병증 4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해 5. 복합 고막 파열 6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해 7. 3개 이상의 다발성 늑골 골절 8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절 9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절. 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 중수골 골절 13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구 14. 다발성 수지골 골절

부상 급별	상해내용
	15. 무지 중수지관절 측부인대 파열 16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해 25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 늑골골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 흉골 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요수근관절 탈구(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 수지관절 탈구 12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해

부상 급별	상해내용
	14. 족지골 골절 또는 족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절 16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 수족지 신전건 1개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해 18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3cm 이상 안면부 열상 2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 하지 3대 관절의 혈관절증 8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	1. 뇌진탕 2. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행하지 않는 상해 3. 수지골 골절 또는 수지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 족지골 골절 또는 족지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애

부상 급별	상해내용
	2. 3cm 미만 안면부 열상 3. 척추 염좌 4. 사지 관절의 근 또는 건의 단순 염좌 5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 사지 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 열상으로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 늑골 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 내부 장기 손상(장간막파열을 포함한다)으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 수족지 관절 염좌 3. 사지의 단순 타박 4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

※ 영역별 세부지침

영역	내용
공통	가. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해부터 하위 3등급(예: 상해내용이 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상(이하 "병급"이라 한다)한다. 나. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 각각의 상해 등급별 금액을 배상하되, 그 합산액이 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 배상한다. 다. 1개의 상해에서 2개 이상의 상향 또는 하향 조정의 요인이 있을 때 등급 상향 또는 하향 조정은 1회만 큰 폭의 조정을 적용한다. 다만, 상향 조정 요인과 하향 조정 요인이 여러 개가 함께 있을 때에는 큰 폭의 상향 또는 큰 폭의 하향 조정 요인을 각각 선택하여 함께 반영한다. 라. 재해 발생 시 만 13세 미만인 사람은 소아로 인정한다. 마. 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술, 유경 피판술, 원거리 피판술, 국소 피판술이나 피부 이식술을 시행할 경우 안면부는 1등급 상위등급을 적용하고, 수부, 족부에 국한된 손상에 대해서는 한 등급 아래의 등급을 적용한다.
두부	가. "뇌손상"이란 국소성 뇌손상인 외상성 두개강안의 출혈(경막상·하 출혈, 뇌실 내 및 뇌실질 내 출혈, 거미막하 출혈 등을 말한다) 또는 경막하 수활액낭종, 거미막 낭종, 두개골 골절(두개 기저부 골절을 포함한다) 등과 미만성 축삭손상을 포함한 뇌좌상을 말한다. 나. 4급 이하(4급에서 14급까지를 말한다)에서 의식 외에 뇌신경 손상이나 국소성 신경학적 이상 소견이 있는 경우 한 등급을 상향 조정할 수 있다. 다. 신경학적 증상은 글라스고우 혼수척도(Glasgow coma scale)로 구분하며, 고도

영역		내용
		는 8점 이하, 중등도는 9점 이상 12점 이하, 경도는 13점 이상 15점 이하를 말한다. 라. 글라스고우 혼수척도는 진정치료 전에 평가하는 것을 원칙으로 한다. 마. 글라스고우 혼수척도 평가 시 의식이 있는 상태에서 기관지 삽관이 필요한 경우는 제외한다. 바. 의무기록 상 의식상태가 혼수(coma)와 반혼수(semicoma)는 고도, 혼미(stupor)는 중등도, 기면(drowsy)은 경도로 본다. 사. 두피 좌상, 열창은 14급으로 본다. 아. 만성 경막하 혈종으로 수술을 시행한 경우에는 6급 2호를 적용한다. 자. 외상 후 급성 스트레스 장애는 다른 진단이 전혀 없이 단독 상병으로 외상 후 1개월 이내 발병된 경우에 적용한다.
흉·복부		심장타박(6급)의 경우, ①심전도에서 Tachyarrythmia 또는 ST변화 또는 부정맥, ②심초음파에서 심낭액증가소견이 있거나 심장벽운동저하, ③심장효소치증가(CPK-MB, and Troponin T)의 세가지 요구 충족 시 인정한다.
척추		가. 완전 마비는 근력등급 3 이하인 경우이며, 불완전 마비는 근력등급 4인 경우로 정한다. 나. 척추관 협착증이나 추간판 탈출증이 외상으로 증상이 발생한 경우나 악화된 경우는 9급으로 본다. 다. 척주 손상으로 인하여 신경근증 이나 감각이상을 호소하는 경우는 9급으로 본다. 라. 마미증후군은 척수손상으로 본다.
상·하지	공통	가. 2급부터 11급까지의 내용 중 사지 골절에서 별도로 상해 등급이 규정되지 않은 경우, 보존적 치료를 시행한 골절은 해당 등급에서 2급 낮은 등급을 적용하며, 도수 정복 및 경피적 핀고정술을 시행한 경우에는 해당 등급에서 1급 낮은 등급을 적용한다. 나. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절 또는 탈구에서 거스틸로 2형 이상(개방창의 길이가 1cm 이상인 경우를 말한다)의 개방성 골절 또는 탈구에서만 1등급 상위 등급을 적용한다.

영역		내용
		다. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 "수술적 치료를 시행하지 않은"이라고 명기되지 않은 각 등급 손상 내용은 수술적 치료를 시행한 경우를 말하며, 보존적 치료를 시행한 경우가 따로 명시되지 않은 경우는 두 등급 하향 조정함을 원칙으로 한다. 라. 양측 또는 단측을 별도로 규정한 경우에는 병합하지 않으나, 별도 규정이 없는 양측 손상인 경우에는 병합한다. 마. 골절에 주요 말초신경의 손상 동반 시 해당 골절보다 1등급 상위 등급을 적용한다. 바. 재접합술을 시행한 절단소실의 경우 해당부위의 절단보다 2급 높은 등급을 적용한다. 사. 아절단은 완전 절단에 준한다. 아. 관절 이단의 경우는 상위부 절단으로 본다. 자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다. 차. 사지 근 또는 건의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근 또는 건의 단순 염좌(12급)로 본다. 카. 사지 관절의 인공관절 치환 후 재치환 시 해당 부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다. 타. 보존적으로 치료한 사지 주요관절 골절 및 탈구는 해당관절의 골절 및 탈구보다 3등급 낮은 등급을 적용한다. 파. 수술을 시행한 사지 주요 관절 탈구는 해당 관절의 보존적으로 치료한 탈구보다 2등급 높은 등급을 적용한다. 하. 동일 관절 혹은 동일 골의 손상은 병합하지 않으며 상위 등급을 적용한다 거. 분쇄 골절을 형성하는 골절선은 선상 골절이 아닌 골절선으로 판단한다. 너. 수족지 절단 시 절단부위에 따른 차이는 두지 않는다.
상·하지	공통	더. "근, 건, 인대 파열"이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다. 러. 사지골 골절 중 상해등급에서 별도로 명시하지 않은 사지골 골절(견열골절을 포함한다)은 제불완전골절로 본다. 다만, 관혈적

영역		내용
		정복술을 시행한 경우는 해당 부위 골절 항에 적용한다. 머. 사지골 골절 시 시행한 외고정술도 수술을 한 것으로 본다. 버. 소아의 경우, 성인의 동일 부위 골절보다 1급 낮게 적용한다. 다만, 성장판 손상이 동반된 경우와 연부조직 손상은 성인과 동일한 등급을 적용한다. 서. 주요 동맥 또는 정맥 파열로 봉합술을 시행한 상해의 경우, 주요 동맥 또는 정맥이란 수술을 통한 혈행의 확보가 의학적으로 필요한 경우를 말하며, "다발성 혈관 손상"이란 2부위 이상의 주요 동맥 또는 정맥의 손상을 말한다.
상·하지	상지	가. 상부관절순 파열은 외상성 파열만 인정한다. 나. 회전근개 파열 개수에 따른 차등을 두지 않는다. 다. 6급의 견관절 탈구에서 재발성 탈구를 초래할 수 있는 해부학적 병변이 병발된 경우는 수술 여부에 상관없이 6급을 적용한다. 라. 견봉 쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉 쇄골간 인대 파열은 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열에 포함되고, 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열로 수술한 경우 7급을 적용하며, 부분 파열로 보존적 치료를 시행한 경우 9급을 적용하고, 단순 염좌의 경우 12급을 적용한다.
상·하지	하지	가. 양측 치골지 골절, 치골 상하지 골절 등에서는 병급하지 않는다. 나. 천골 골절, 미골 골절은 골반골 골절로 본다. 다. 슬관절 십자인대 파열은 전후방 십자인대의 동시 파열이 별도로 규정되어 있으므로 병급하지 않으나 내외측 측부인대 동시 파열, 십자인대와 측부인대 파열, 반월상 연골판 파열 등은 병급한다. 라. 후경골건 및 전경골건 파열은 족관절 측부인대 파열로 수술을 시행한 경우의 등급으로 본다. 마. 대퇴골 또는 경비골의 견열성 골절의 경우,

영역		내용
		동일 관절의 인대 손상에 대하여 수술적 치료를 시행한 경우는 인대 손상 등급으로 본다. 바. 경골 후과의 단독 골절 시 족관절 내과 또는 외과의 골절로 본다. 사. “고관절”이란 대퇴골두와 골반골의 비구를 포함하며, "골절 탈구"란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다. 아. 불안정성 골반 골절은 골반환을 이루는 골간의 골절 탈구를 포함한다. 자. "하지의 3대 관절"이란 고관절, 슬관절, 족관절을 말한다. 차. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열은 완전파열(또는 이에 준하는 파열)로 인대 복원수술을 시행한 파열에 적용한다. 카. 골반환이 안정적인 골반골의 수술을 시행한 골절은 치골 골절로 수술한 경우 등을 포함한다.

【별표-상해7】

신경 및 장기손상 분류표

1. 약관에 규정하는 신경 및 장기손상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 뇌신경의 손상	S04
2. 두개내손상	S06
3. 목 부위의 신경 및 척수의 손상	S14
4. 흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24
5. 심장의 손상	S26
6. 기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
7. 가슴으깸 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

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-상해8】

신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표

1. 두개골(머리뼈) 및 안면골(얼굴뼈)의 골절
 (1) 두개골(머리뼈)
  1) 수술을 행한 골절 24%
  2) 위 1) 이외의 골절 10%
 (2) 하악골(下顎骨, 아래턱뼈)
  1) 수술을 행한 골절 18%
  2) 위 1) 이외의 골절 10%
 (3) 협골(頰骨, 광대뼈), 상악골(上顎骨, 위턱뼈), 비골(鼻骨, 코뼈) 골절
  1) 수술을 행한 골절 10%
  2) 위 1) 이외의 골절 5%
 (4) 머리의 손상(진단 또는 수술) 18%
 (5) 치아의 파절(진단 또는 수술) 2%
2. 경추(목뼈)의 골절
 (1) 경추(목뼈)의 골절
  1) 수술을 행한 골절 40%
  2) 위 1) 이외의 골절 24%
 (2) 목부위의 신경 및 척수의 손상(진단 또는 수술)
  1) 중증 손상……30%
  2) 중등도 손상……18%
  3) 경도의 손상……6%
3. 요추(허리뼈) 및 골반(장골, 절구, 치골)의 골절
  (1) 수술을 행한 골절 40%
  (2) 미추의 골절(진단 또는 수술)……10%
  (3) 위 (1), (2) 이외의 골절 18%
4. 늑골(肋骨, 갈비뼈), 흉골(胸骨, 가슴뼈) 및 흉추골(胸椎骨, 등뼈)의 골절
 (1) 늑골(갈비뼈)
  1) 수술을 행한 골절 10%
  2) 위 1) 이외의 골절 5%
 (2) 흉골(가슴뼈) 및 흉추골(등뼈)의 골절
  1) 수술을 행한 골절 18%
  2) 위 1) 이외의 골절 12%
 (3) 흉부(가슴)의 손상(진단 또는 수술)
  1) 흉부(가슴) 부분의 외상성 절단 30%
  2) 가슴으깸……12%
5. 대퇴골(大腿骨, 넙다리뼈)의 골절
 (1) 대퇴골(大腿骨, 넙다리뼈)의 골절

1) 수술을 행한 골절 30%
2) 위 1) 이외의 골절 18%
(2) 엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단(진단 또는 수술) ·····50%
6. 발목 및 무릎을 포함한 아래다리(경골(정강이뼈), 비골(종아리뼈))의 골절
(1) 수술을 행한 골절 24%
(2) 위 (1) 이외의 골절 10%
7. 어깨(쇄골(빗장뼈), 견갑골(어깨뼈)) 및 위팔(상완골)의 골절
(1) 어깨(쇄골(빗장뼈), 견갑골(어깨뼈)) 및 위팔(상완골)의 골절
1) 수술을 행한 골절 24%
2) 위 1) 이외의 골절 10%
(2) 어깨 및 위팔의 외상성 절단(진단 또는 수술)·····40%
8. 팔꿈치 및 아래팔(요골, 척골)의 골절
(1) 수술을 행한 골절 18%
(2) 위 (1) 이외의 골절 6%
9. 손목 및 손의 골절
(1) 손목의 골절
1) 수술을 행한 골절 18%
2) 손 주상골의 골절(진단 또는 수술)· 10%
3) 위 1), 2) 이외의 골절 6%
(2) 중수골의 골절
1) 수술을 행한 골절 12%
2) 위 1) 이외의 골절 6%
(3) 손가락의 골절
1) 수술을 행한 골절 7%
2) 위 1) 이외의 골절 3%
10. 발의 골절
(1) 거골 및 종골(발뒤꿈치뼈)의 골절
1) 수술을 행한 골절 18%
2) 위 1) 이외의 골절 6%
(2) 족골의 골절
1) 수술을 행한 골절 12%
2) 위 1) 이외의 골절 6%
(3) 발가락의 골절
1) 수술을 행한 골절 7%
2) 위 1) 이외의 골절 3%
11. 상세불명 부위의 골절(진단 또는 수술)
1) 중한 골절·····30%
2) 중등도 골절·····12%

12. 병적 골절을 동반한 골다공증 ·· 3%

용 어 풀 이

1. 동일 부위

(1) 신체의 동일부위라 함은「신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표」의 1.부터 10.까지(세부하위 항목 제외)에서에서 정한 항목을 각각 동일부위라 한다. 다만, 좌우의 팔, 다리와 손, 발은 다른 부위로 보아 합산하여 지급합니다.

(2) 위 (1)에도 불구하고「신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표」 11.「상세불명 부위의 골절(진단 또는 수술)」은 실제 골절치료부위에 따라「신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표」1.부터 10.까지 각각의 항목과 중복하여 지급하지 않습니다.

2. 머리의 손상

의료기관에서 영상검사(CT나 MRI 등) 등으로「머리의 손상」(뇌진탕(S060)은 제외합니다) 진단을 받고 치료한 경우를 말합니다.

3. 특발성 골절

뼈의 질환 또는 자발적이거나 원인 불명에 의하여 일어나는 골절을 말합니다.

신골절(치아파절포함) 분류표

1. 약관에 규정하는 신골절(치아파절포함)로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대 상 상 병	분류번호
1.두개골 및 안면골의 골절	
(1) 두개골의 골절	S02.0~S02.1, S02.7~S02.9
(2) 하악골의 골절	S02.6
(3) 협골, 상악골, 비골의 골절	S02.2, S02.3,

대 상 상 병	분류번호
(4) 머리의 손상	S02.4 S06.1~S06.9, S07.0~S07.1, S07.8~S07.9, S09.9
(5) 치아의 파절	S02.5
2.경추(목뼈)의 골절	
(1) 경추(목뼈)의 골절	S12.0~S12.2, S12.7~S12.9
(2) 목부위의 신경 및 척수의 손상	
1) 중증 손상	S14.1
2) 중등도 손상	S14.0, S14.2~S14.3, S14.6
3) 경도의 손상	S14.4~S14.5
3.요추 및 골반(장골, 절구, 치골)의 골절	
(1) 미추의 골절	S32.2
(2) (1) 이외의 골절	S32.0~S32.1, S32.3~S32.5, S32.7~S32.8
4.늑골, 흉골 및 흉추골의 골절	
(1) 늑골	S22.3~S22.5, S22.8~S22.9
(2) 흉골 및 흉추골의 골절	S22.0~S22.2
(3) 흉부의 손상	
1) 흉부 부분의 외상성 절단	S28.1
2) 가슴으깸	S28.0
5.대퇴골의 골절	
(1) 대퇴골의 골절	S72.0~S72.4, S72.7~S72.9
(2) 엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78.0~S78.1, S78.9
6.발목 및 무릎을 포함한 아래다리(경골, 비골)의 골절	S82.0~S82.9
7.어깨(쇄골, 견갑골) 및 위팔(상완골)의 골절	
(1) 어깨(쇄골, 견갑골) 및 위팔(상완골)의 골절	S42.0~S42.4, S42.7~S42.9
(2) 어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48.0~S48.1, S48.9
8.팔꿈치 및 아래팔(요골, 척골)의 골절	S52.0~S52.9
9.손목 및 손의 골절	

대 상 상 병	분류번호
(1) 손목의 골절	
1) 손 주상골의 골절	S62.0
2) 1) 이외의 골절	S62.1, S62.8
(2) 중수골의 골절	S62.2~S62.4
(3) 손가락의 골절	S62.5~S62.7
10.발의 골절	
(1) 거골 및 종골의 골절	S92.0~S92.1
(2) 족골의 골절	S92.2~S92.3, S92.7, S92.9
(3) 발가락의 골절	S92.4~S92.5
11. 상세불명 부위의 골절	
1) 중한 골절	T02.0~T02.1, T02.4~T02.9
2) 중등도 골절	T02.2~T02.3, T08.0~T08.1, T10.0~T10.1, T12.0~T12.1, T14.2
12.병적 골절을 동반한 골다공증	M80

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-상해9】

상해사고분류표

1. 약관에 규정하는 상해로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대 상 상 병	분류번호
1.머리의손상	S00~S09
2.목의손상	S10~S19
3.흉부의손상	S20~S29
4.복부,아래등,요추및골반의손상	S30~S39
5.어깨및위팔의손상	S40~S49
6.팔꿈치및아래팔의손상	S50~S59
7.손목및손의손상	S60~S69
8.고관절및대퇴의손상	S70~S79
9.무릎및아래다리의손상	S80~S89
10.발목및발의손상	S90~S99
11.여러신체부위를침범한손상	T00~T07
12.몸통,사지또는신체부위의상세불명부분의손상	T08~T14
13.화상및부식	T20~T32
14.동상	T33~T35

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-상해10】

상해사고부상등급표

1. 상해사고부상등급

1) 약관에 규정하는 상해사고부상등급은 상해사고부상점수가 다음과 같은 경우를 말합니다.

상해사고부상등급	상해사고부상점수
1등급	50 ~ 75점
2등급	25 ~ 49점
3등급	20 ~ 24점
4등급	16 ~ 19점
5등급	12 ~ 15점

2) 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 규정한 상해사고부상등급이 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 정한 상해사고부상등급을 다시 판단하지 않습니다.

2. 상해사고부상점수

1) 하나의 사고로 진단확정된 주·부상병에 대하여「2) 분류번호별 중증도점수」에 따라 부여된 중증도점수 중 높은 점수의 순서대로, 상위 3개의 점수를 더한 값을 상해사고부상점수라 합니다.

상해사고부상점수 = (첫 번째로 높은 중증도점수) + (두 번째로 높은 중증도점수) + (세 번째로 높은 중증도점수)

주1) 하나의 증상에 대하여 유사한 진단코드를 동시에 부여받은 경우에는 그 유사한 진단코드 중 중증도점수가 높은 진단코드만 적용합니다.

주2) 대상상병에 대해「2) 분류번호별 중등도점수」에 기재된 분류번호 자릿수 기준으로 중복 부여받은 경우에는 하나의 분류번호에 대해서만 점수를 적용합니다.

[예시] 하나의 사고로, 진단코드「S10.81」과「S10.84」를 동시 부여받은 경우에는 하나의「S10.8」에 대해서만 점수를 적용

2) 분류번호별 중증도점수

- 약관에서 규정하는 중증도점수는 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 기준이며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 중증도점수를 판단합니다.

중증도 점수	구분	분류번호
1	머리	S00.0-S01.9, S02.5, S02.88 중 치조골의 골절에 해당하는 상병, S03.2-S03.4, S04.3, S04.6, S04.7, S05.0, S05.1, S05.3, S09.2
	목	S10.7, S11.0-S11.9, S13.4, S14.4, S16
	몸통	S20.0-S20.7, S21.2, S21.8, S21.9, S24.6, S25.8, S30.0-S31.1, S31.7, S31.8, S33.2, S34.5
	팔	S40.0-S41.8, S44.4, S44.5, S44.7, S45.3, S46.0-S46.8, S50.0-S51.9, S54.7-S54.9, S55.9, S56.4, S60.0-S61.9, S62.5-S62.7, S63.1, S63.2, S63.4, S63.6, S63.7, S65.2-S65.4, S66.0-S66.4, S67.0, S67.8, S68.4, S68.8, S69.7-S69.9, T05.2, T11.4
	다리	S70.0-S71.8, S74.8, S75.8, S76.1, S76.3, S80.0-S81.9, S83.7, S85.4, S85.5, S85.7, S86.0-S86.8, S90.0-S91.7, S92.5, S93.1, S93.5, S93.6, S94.3, S96.0-S96.2, S96.8, S96.9, S97.1, T13.8
	기타	T00.0-T00.9, T03.2, T03.4, T04.1, T04.3, T05.6, T05.8, T11.9, T13.2, T13.3, T14.0, T14.1, T20.1, T23.1, T23.2, T23.5, T23.6, T24.5, T26.1, T26.4-T26.6, T26.8, T26.9, T28.3, T28.8, T30.1, T30.5, T32.0, T33.0, T33.2, T35.0, T35.4
4	머리	S03.1, S03.5, S04.5, S06.0, S08.1
	목	S10.0, S10.1, S10.8, S10.9, S13.3, S13.5, S13.6, S14.5, S17.0, S19.7
	몸통	S20.8, S22.3, S23.2-S23.5, S24.3, S24.5, S27.6, S28.0, S29.0, S29.8, S32.2, S33.3-S33.7, S38.3

중증도 점수	구분	분류번호
	팔	S42.0, S42.1, S43.4-S44.3, S44.8-S45.0, S45.9, S46.9, S49.7-S49.9, S52.1, S52.3, S52.4, S52.5, S53.4, S54.0-S54.3, S55.0, S55.1, S55.8, S56.0-S56.3, S56.5, S56.8-S57.9, S58.9, S62.0-S62.3, S62.8, S63.5, S64.0-S65.1, S65.5, S65.7-S65.9, S66.5, S66.7-S66.9, T05.1, T11.5-T11.8
	다리	S73.1, S74.0-S74.2, S74.7, S74.9, S75.0, S75.1, S75.2, S75.9, S76.0, S76.2, S76.4, S76.7, S77.1, S82.0, S82.4-S82.6, S83.4-S83.6, S84.0-S85.1, S85.8, S85.9, S86.9, S87.0, S87.8, S92.0-S92.4, S92.7, S92.9, S93.0, S93.2-S93.4, S94.0-S94.2, S94.7-S95.1, S95.7-S95.9, S96.7, S97.0, S97.8, T13.5
	기타	T01.0-T01.9, T03.0, T04.0, T04.2, T04.4, T06.4, T09.2, T13.1, T13.9, T14.3, T14.6, T20.2, T21.1, T21.5, T22.0-T22.2, T22.4, T22.5, T22.6, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.1, T24.2, T24.6, T25.0, T25.1, T25.2, T25.5, T26.0, T28.0, T29.1, T29.5, T30.0, T30.2, T31.0, T33.5, T33.7, T33.8, T35.2, T35.3
9	머리	S02.1, S02.2, S02.3, S02.4, S02.6, S03.0, S04.1, S06.3, S06.8, S07.0-S08.0, S08.9-S09.1, S09.8, S09.9
	목	S13.0, S17.8-S18
	몸통	S22.1, S22.2, S22.8, S22.9, S24.4, S25.5, S27.3, S29.7, S29.9, S31.2-S31.5, S32.0, S32.1, S32.7, S33.1, S34.0, S34.2, S34.3, S38.0, T02.1, T08.0, T08.1
	팔	S42.2, S42.8, S43.0-S43.3, S45.2, S45.8, S47, S52.0, S52.2, S52.6-S53.3, S55.2, S55.7, S56.7, S59.7-S59.9, S62.4, S63.0, S63.3, S66.6, S68.0-S68.3, S68.9, T10.0,

중증도 점수	구분	분류번호
		T10.1
	다리	S72.4, S73.0, S77.2, S82.1, S82.3, S82.7-S83.3, S85.2, S89.8, S89.9, S95.2, S98.0-S98.4, S99.7, S99.8, S99.9, T05.5, T12.0, T12.1, T13.4
	기타	T03.1, T03.3, T03.9, T07, T11.0, T11.2, T13.0, T20.0, T20.4-T20.6, T21.0, T21.2, T21.6, T22.3, T22.7, T24.0, T24.7, T25.3, T25.4, T25.6, T25.7, T26.3, T26.7, T28.5, T28.9, T29.2, T29.6, T30.6, T31.1, T32.1, T33.4, T33.9, T35.5, T35.7
16	머리	S02.84, S02.88 중 치조골의 골절에 해당하지 않는 상병, S04.0, S04.2, S04.4, S05.2, S05.4-S05.9, S06.1, S06.2, S09.7
	목	S12.0, S12.1, S12.8, S13.1, S13.2, S14.0, S14.2, S14.3, S14.6, S15.2, S15.7-S15.9, S19.8, S19.9
	몸통	S21.0, S21.1, S21.7, S22.0, S22.4, S22.5, S23.0, S23.1, S24.0-S24.2, S25.0, S25.2, S25.9, S27.0, S27.1, S27.2, S32.3, S32.4, S32.5, S32.8, S33.0, S34.1, S34.4, S34.6, S35.0, S35.3-S35.5, S36.6, S37.0-S37.9, S38.1, S38.2, S39.0-S39.9
	팔	S42.3, S42.4, S42.7, S42.9, S45.1, S45.7, S48.0-S48.9, S58.0, S58.1, T02.2, T02.4, T11.3
	다리	S72.0-S72.3, S72.7-S72.9, S77.0, S78.0-S79.9, S82.2, S85.3, S88.0-S88.9, S89.7, T02.0, T02.3, T02.5, T05.3
	기타	T02.7, T02.9, T03.8, T04.8-T05.0, T05.4, T05.9, T06.2, T06.3, T06.8, T09.0, T09.1, T09.5, T09.8, T11.1, T14.2, T14.5, T14.7-T14.9, T20.7, T21.4, T24.3, T24.4, T26.2, T28.1, T28.4, T30.4, T33.1, T33.3, T33.6, T34.0-T34.9, T35.1
25	머리	S02.0, S02.7, S02.9, S04.8,

중증도 점수	구분	분류번호
		S04.9, S06.4-S06.7, S06.9, S08.8
	목	S12.2, S12.7, S12.9, S14.1, S15.0, S15.1, S15.3
	몸통	S25.1, S25.3, S25.4, S25.7, S26.0-S26.9, S27.4, S27.5, S27.7-S27.9, S28.1, S34.8, S35.1, S35.2, S35.7-S36.5, S36.7-S36.9
	다리	S75.7
	기타	T02.6, T02.8, T04.7, T06.0, T06.1, T06.5, T09.3, T09.4, T09.6, T09.9, T13.6, T14.4, T20.3, T21.3, T21.7, T27.0-T27.7, T28.2, T28.6, T28.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7, T31.2-T31.9, T32.2-T32.9, T35.6

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병에 해당하는 경우, 중증도평가점수는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

【별표-상해11】

특정외상성손상 분류표

1. 약관에 규정하는 특정외상성손상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상상병	분류번호
두개원개의 골절	S02.0
두개저의 골절	S02.1
안와바닥의 골절	S02.3
두개골 및 안면골을 침범한 다발골절	S02.7
두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9
외상성 뇌부종	S06.1
미만성 뇌손상	S06.2
초점성 뇌손상	S06.3
경막외출혈	S06.4
외상성 경막하출혈	S06.5
외상성 거미막하출혈	S06.6
지속적 혼수를 동반한 두 개내손상	S06.7
기타 두개내손상	S06.8
상세불명의 두 개내손상	S06.9
머리의 으깸손상	S07
머리의 다발손상	S09.7
머리의 기타 명시된 손상	S09.8
심장의 손상	S26
기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
복강내기관의 손상	S36
비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S39.6
목부위의 신경 및 척수의 손상을 동반한 뇌 및 뇌신경의 손상	T06.0

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-상해12】

특정상해(1~5급) 분류표

1. 약관에 규정하는 특정상해(1~5급)로 분류되는 상병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

상해구분	부위	상병명	상병코드
특정상해 1급	머리	열린 두개내상처가 있는 경막외출혈	S06.41
		열린 두개내상처가 있는 외상성 경막하출혈	S06.51
		열린 두개내상처가 있는 외상성 거미막하출혈	S06.61
		지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
	몸통	동요가슴, 개방성	S22.51
		흉부대동맥의 손상	S25.0
		무명동맥 또는 쇄골하동맥의 손상	S25.1
		폐혈관의 손상	S25.4
		혈심낭을 동반한 심장손상	S26.0
		흉강내로의 열린상처가 있는 심장의 상세불명 손상	S26.91
		흉강내로의 열린상처가 있는 외상성 혈기흉	S27.21
		흉강내로의 열린상처가 있는 폐의 기타 손상	S27.31
		흉강내로의 열린상처가 있는 기관지의 손상	S27.41
		문맥 및 비장정맥의 손상	S35.3
		강내로의 열린상처가 있는 비장의 손상	S36.01
		강내로의 열린상처가 있는 간의 손상	S36.110
		강내로의 열린상처가 있는 담낭의 손상	S36.111
		강내로의 열린상처가 있는 췌장의 손상	S36.21
		강내로의 열린상처가 있는 위의 손상	S36.31
		강내로의 열린상처가 있는 소장의 손상	S36.41

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 1급	몸통	강내로의 열린상처가 있는 결장의 손상	S36.51
		강내로의 열린상처가 있는 다발성 복강내기관의 손상	S36.71
		강내로의 열린상처가 있는 기타 복강내기관의 손상	S36.81
		복부내 및 골반 기관을 포함한 흉곽내기관의 손상	T06.5
	팔	양쪽 손의 외상성 절단	T05.0
		한쪽 손 및 다른 쪽 팔의 외상성 절단[손을 제외한 모든 부위]	T05.1
		양쪽 팔의 외상성 절단[모든 부위]	T05.2
	다리	대퇴골 경부바닥의 골절, 개방성	S72.061
		대퇴골전자간골절, 개방성	S72.121
		전자하골절, 개방성	S72.21
		대퇴골의 다발골절, 개방성	S72.71
		양쪽 발의 외상성 절단	T05.3
		한쪽 발 및 다른 쪽 다리의 외상성 절단[발을제외한모든부위]	T05.4
		양쪽 다리의 외상성 절단[모든부위]	T05.5
	기타	아래등, 골반 및 사지와 함께 흉부를 침범한 골절, 개방성	T02.71
		복부, 아래등, 골반 및 사지를 동반한 흉부의 으깸손상	T04.7
		폐와 함께 후두 및 기관을 침범한 화상	T27.1
		폐와 함께 후두 및 기관을 침범한 부식	T27.5
		신체표면의 30-39%를 침범한 화상	T31.3
		신체표면의 40-49%를 침범한 화상	T31.4
		신체표면의 50-59%를 침범한 화상	T31.5
		신체표면의 60-69%를 침범한 화상	T31.6
		신체표면의 70-79%를 침범한 화상	T31.7
		신체표면의 80-89%를 침범한 화상	T31.8
특정 상해 1급	기타	신체표면의 90%이상을 침범한 화상	T31.9
		신체표면의 30-39%를 침범한 부식	T32.3
		신체표면의 40-49%를 침범한 부식	T32.4
		신체표면의 50-59%를 침범한 부식	T32.5
		신체표면의 60-69%를 침범한 부식	T32.6
		신체표면의 70-79%를 침범한 부식	T32.7
		신체표면의 80-89%를 침범한 부식	T32.8
		신체표면의 90%이상을 침범한 부식	T32.9

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 2급	머리	양쪽 르포트III의 골절, 개방성	S02.461
		초점성 뇌손상	S06.3
		열린 두개내상처가 없는 경막외출혈	S06.40
		열린 두개내상처가 없는 외상성 경막하출혈	S06.50
		열린 두개내상처가 없는 외상성 거미막하출혈	S06.60
		열린 두개내상처가 있는 기타 두개내손상	S06.81
	목	제1경추의 골절, 개방성	S12.01
		제2경추의 골절, 개방성	S12.11
		경추의 다발골절	S12.7
		C6/C7 경추의탈구	S13.15
		경동맥의 손상	S15.0
		척추동맥의 손상	S15.1
		내경정맥의 손상	S15.3

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 2급	몸통	동요가슴, 폐쇄성	S22.50
		무명정맥 또는 쇄골하정맥의 손상	S25.3
		흉강내로의 열린상처가 있는 심장의 기타 손상	S26.81
		흉강내로의 열린상처가 없는 심장의 상세불명 손상	S26.90
		흉강내로의 열린상처가 있는 외상성 기흉	S27.01
		흉강내로의 열린상처가 있는 외상성 혈흉	S27.11
		흉강내로의 열린상처가 없는 외상성 혈기흉	S27.20
		흉강내로의 열린상처가 없는 폐의 기타 손상	S27.30
		흉강내로의 열린상처가 없는 기관지의 손상	S27.40
		흉강내로의 열린상처가 있는 흉곽내 기관의 다발손상	S27.71
		흉강내로의 열린상처가 있는 기타 명시된 흉곽내기관의 손상	S27.81
		절구의 골절, 개방성	S32.41
		기타 골반의 골절, 개방성	S32.881
		골반의 상세불명 부분의 골절, 개방성	S32.891
		하대정맥의 손상	S35.1
		복강 또는 장간막 동맥의 손상	S35.2
		신장혈관의 손상	S35.4
		장골혈관의 손상	S35.5
		강내로의 열린상처가 없는 비장의 손상	S36.00
		강내로의 열린상처가 없는 간의 손상	S36.100
		강내로의 열린상처가 없는 담낭의 손상	S36.101
		강내로의 열린상처가 있는 담관의 손상	S36.112
		강내로의 열린상처가 없는 췌장의 손상	S36.20
		강내로의 열린상처가 없는 위의 손상	S36.30
		강내로의 열린상처가 없는 소장의 손상	S36.40

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 2급	몸통	강내로의 열린상처가 없는 결장의 손상	S36.50
		강내로의 열린상처가 있는 직장의 손상	S36.61
		강내로의 열린상처가 없는 다발성 복강내기관의 손상	S36.70
		강내로의 열린상처가 없는 기타 복강내기관의 손상	S36.80
		강내로의 열린상처가 있는 신장의 손상	S37.01
		골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S39.6
	팔	상완동맥의 손상	S45.1
		어깨관절의 외상성 절단	S48.0
		어깨와 팔꿈치 사이 부위의 외상성 절단	S48.1
		팔꿈치 부위의 외상성 절단	S58.0
		팔꿈치 및 손목 사이 부위의 외상성 절단	S58.1
		손목 부위의 외상성 절단	S68.41
	다리	대퇴골 경부바닥의 골절, 폐쇄성	S72.060
		기타 대퇴골 경부 부분의 골절, 개방성	S72.081
		대퇴골 경부의 상세불명 부분의 골절, 개방성	S72.091
		대퇴골전자간골절, 폐쇄성	S72.120
		대퇴골전자부의 상세불명 골절, 개방성	S72.191
		전자하골절, 폐쇄성	S72.20
		대퇴골 몸통의 골절, 개방성	S72.31
		대퇴골 하단의 골절, 개방성	S72.41
		대퇴골의 다발골절, 폐쇄성	S72.70
		대퇴골의 기타 부분의 골절, 개방성	S72.81
		대퇴골의 상세불명 부분의 골절, 개방성	S72.91
		엉덩이과 무릎 사이 부위의 외상성 절단	S78.1
		비골골절(모든부분)을 동반한 경골몸통의 골절, 개방성	S82.221
		삼복사 골절, 발목, 개방성	S82.831

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 2급		무릎 부위의 외상성 절단	S88.0
		무릎과 발목 사이 부위의 외상성 절단	S88.1
		발목 부위의 발의 외상성 절단	S98.0
		양쪽 다리의 여러 부위를 침범한 골절, 개방성	T02.51
	기타	목과 함께 머리를 침범한 골절, 개방성	T02.01
		다리와 함께 팔의 여러 부위를 침범한 골절, 개방성	T02.61
		목부위의 신경 및 척수의 손상을 동반한 뇌 및 뇌신경의 손상	T06.0
		신체표면의 20-29%를 침범한 화상	T31.2
		신체표면의 20-29%를 침범한 부식	T32.2
특정 상해 3급	머리	두개원개의 골절, 개방성	S02.01
		두개저의 골절, 개방성	S02.11
		르포트 II의 골절	S02.43
		한쪽 르포트III의 골절	S02.45
		양쪽 르포트III의 골절, 폐쇄성	S02.460
		두개골 및 안면골을 침범하는 기타 다발골절, 개방성	S02.781
		이물이 있는 안구의 관통창	S05.5
		미만성 뇌손상	S06.2
		열린 두개내상처가 없는 기타 두개내손상	S06.80
		열린 두개내상처가 있는 상세불명의 두개내손상	S06.91
	목	제1경추의 골절, 폐쇄성	S12.00
		제2경추의 골절, 폐쇄성	S12.10
		기타 명시된 경추의 골절	S12.2
		목의 기타부분의 골절, 개방성	S12.81
		C5/C6 경추의 탈구	S13.14
		외경정맥의 손상	S15.2

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 3급	몸통	흉추의 다발성골절, 개방성	S22.11
		늑간혈관의 손상	S25.5
		흉강내로의 열린상처가 없는 심장의 기타 손상	S26.80
		흉강내로의 열린상처가 없는 외상성 기흉	S27.00
		흉강내로의 열린상처가 없는 외상성 혈흉	S27.10
		흉강내로의 열린상처가 없는 흉곽내 기관의 다발손상	S27.70
		흉강내로의 열린상처가 없는 기타 명시된 흉곽내기관의 손상	S27.80
		장골의 골절, 개방성	S32.31
		절구의 골절, 폐쇄성	S32.40
		치골의 골절, 개방성	S32.51
		요추 및 골반의 다발성 골절, 개방성	S32.71
		좌골의 골절, 개방성	S32.821
		복부대동맥의 손상	S35.0
	몸통	강내로의 열린상처가 없는 직장의 손상	S36.60
		강내로의 열린상처가 있는 상세불명의 복강내기관의 손상	S36.91
		강내로의 열린상처가 없는 신장의 손상	S37.00
		강내로의 열린상처가 있는 요관의 손상	S37.11
		강내로의 열린상처가 있는 방광의 손상	S37.21
		강내로의 열린상처가 있는 다발성 골반기관의 손상	S37.71
		외부생식기관의 외상성 절단	S38.2
		아래등 및 골반과 함께 흉부를 침범한 골절, 개방성	T02.11

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 3급	팔	상완골의 관절융기위골절, 개방성	S42.421
		상완골 관절융기의 상세불명 골절, 개방성	S42.451
		상완골 하단의 기타 및 다발성 골절, 개방성	S42.481
		상세불명의 상완골 하단 부분의 골절, 개방성	S42.491
		쇄골, 견갑골 및 상완골의 다발성 골절, 개방성	S42.71
		척골 주두돌기의 골절, 개방성	S52.021
		척골 몸통의 골절, 개방성	S52.21
		척골과 요골 모두의 몸통 골절, 개방성	S52.41
		바닥쪽 경사와 관절내골절을 동반한 요골 하단의 골절, 개방성	S52.541
		척골과 요골 모두의 하단의 골절, 개방성	S52.61
		아래팔 부위의 척골동맥의 손상	S55.0
		아래팔 부위의 요골동맥의 손상	S55.1
		엄지손가락의 외상성 중수지골 절단(완전)(부분)	S68.01
		둘 이상의 손가락만의 외상성 절단(완전)(부분적)	S68.2
		손목 및 손의 기타 부분을 동반한 손가락(부분)의 복합성 외상성 절단	S68.3
		중수골 부위의 외상성 절단	S68.40
		양쪽 팔의 여러 부위를 침범한 골절, 개방성	T02.41
	다리	기타 대퇴골 경부 부분의 골절, 폐쇄성	S72.080
		대퇴골 경부의 상세불명 부분의 골절, 폐쇄성	S72.090
		대퇴골전자부의 상세불명 골절, 폐쇄성	S72.190
		대퇴골 몸통의 골절, 폐쇄성	S72.30
		대퇴골 하단의 골절, 폐쇄성	S72.40
		대퇴골의 기타 부분의 골절, 폐쇄성	S72.80
		대퇴골의 상세불명 부분의 골절, 폐쇄성	S72.90
		엉덩이 및 대퇴 부위의 대복재정맥의 손상	S75.2
		엉덩이의 외상성 절단	S78.0
		무릎뼈의 골절, 개방성	S82.01

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 3급	다리	비골골절(모든 부분)을 동반한 경골 상단의 골절	S82.12
		경골 상단의 기타 골절, 개방성	S82.181
		비골골절(모든 부분)을 동반한 경골 몸통의 골절, 폐쇄성	S82.220
		경골 몸통의 기타 골절, 개방성	S82.281
		비골 골절(모든 부분)을 동반한 경골 하단의 골절, 개방성	S82.321
		기타 경골 하단의 골절, 개방성	S82.381
		비골 상단의 골절, 개방성	S82.421
		안쪽 복사의 골절, 개방성	S82.51
		양측 복사 골절, 발목, 개방성	S82.821
		삼복사 골절, 발목, 폐쇄성	S82.830
		전십자인대의 파열	S83.52
		오금동맥의 손상	S85.0
		(전)(후)경골동맥의 손상	S85.1
		아래다리 부위의 대복재정맥의 손상	S85.3
		종골의 골절, 개방성	S92.01
		2개 이상의 발가락의 외상성 절단	S98.2
		한쪽 다리의 여러 부위를 침범한 골절, 개방성	T02.31
		양쪽 다리의 여러 부위를 침범한 골절, 폐쇄성	T02.50
	기타	목과 함께 머리를 침범한 골절, 폐쇄성	T02.00
		아래등, 골반 및 사지와 함께 흉부를 침범한 골절, 폐쇄성	T02.70
		모든 복합의 팔 및 다리의 외상성 절단[모든부위]	T05.6
		기타 신체부위를 복합적으로 침범한 외상성 절단	T05.8
		상세불명의 여러 부위의 외상성 절단	T05.9
		기타 여러 신체부위를 침범한 신경 및 척수의 손상	T06.1
		신체표면의 10-19%를 침범한 화상	T31.1
		신체표면의 10-19%를 침범한 부식	T32.1

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 4급	머리	두개저의 골절, 폐쇄성	S02.10
		안와바닥의 골절, 개방성	S02.31
		르포트 Ⅰ의 골절	S02.42
		복합 중안면의 골절,개방성	S02.441
		관골궁의 골절, 개방성	S02.471
		하악골의 아래관절돌기의 골절	S02.63
		하악골의 결합부위의 골절	S02.67
		두개골 및 안면골을 침범하는 기타 다발골절, 폐쇄성	S02.780
		두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절, 개방성	S02.91
		안구내조직의 탈출 또는 손실을 동반한 안구열상 및 파열	S05.2
		외상성 뇌부종	S06.1
		열린 두개내상처가 없는 상세불명의 두개내손상	S06.90
		귀의 외상성 절단	S08.1
		안구의 파열 및 파괴를 유발하는 화상	T26.2
		안구의 파열 및 파괴를 유발하는 부식	T26.7
	목	목의 기타 부분의 골절, 폐쇄성	S12.80
		목의 상세불명 부분의 골절, 개방성	S12.91
		C1/C2 경추의 탈구	S13.10
		C2/C3 경추의 탈구	S13.11
		C3/C4 경추의 탈구	S13.12
		C4/C5 경추의 탈구	S13.13
		목의 다발탈구	S13.3
		후두 및 기관의 으깸손상	S17.0
		목부위의 외상성 절단	S18
		후두 및 기관의 화상	T27.0
		후두 및 기관의 부식	T27.4

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 4급	몸통	T1 및T2 부위의 골절	S22.02
		T3 및T4 부위의 골절	S22.03
		T5 및T6 부위의 골절	S22.04
		T7 및T8 부위의 골절	S22.05
		T9 및T10 부위의 골절	S22.06
		T11 및T12 부위의 골절	S22.07
		흉추의 다발성 골절, 폐쇄성	S22.10
		흉강내로의 열린상처가 있는 흉부기관의 손상	S27.51
		흉강내로의 열린상처가 있는 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27.91
		요추의 골절	S32.0
		천골(薦骨)의 골절	S32.1
		장골의 골절, 폐쇄성	S32.30
		치골의 폐골절, 폐쇄성	S32.50
		요추 및 골반의 다발성 골절, 폐쇄성	S32.70
		좌골의 골절, 폐쇄성	S32.820
		기타 골반의 골절, 폐쇄성	S32.880
		골반의 상세불명 부분의 골절, 폐쇄성	S32.890
		치골결합의 외상성 파열	S33.4
		강내로의 열린상처가 없는 담관의 손상	S36.102
		강내로의 열린상처가 없는 상세불명의 복강내기관의 손상	S36.90
		강내로의 열린상처가 없는 요관의 손상	S37.10
		강내로의 열린상처가 없는 방광의 손상	S37.20
		강내로의 열린상처가 있는 자궁의 손상	S37.61
		강내로의 열린상처가 없는 다발성 골반기관의 손상	S37.70

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 4급	몸통	아래등 및 골반과 함께 흉부를 침범한 골절, 폐쇄성	T02.10
		복부, 아래등 및 골반과 함께 흉부를 침범한 으깸손상	T04.1
		몸통의 상세불명 부위의 외상성 절단	T09.6
	팔	상완골 상단의 골절	S42.2
		상완골 몸통의 골절	S42.3
		상완골 원위부의 T-모양골절	S42.46
		상완골 하단의 기타 및 다발성 골절, 폐쇄성	S42.480
		쇄골, 견갑골 및 상완골의 다발성 골절, 폐쇄성	S42.70
		겨드랑동맥의 손상	S45.0
		겨드랑 또는 상완 정맥의 손상	S45.2
		어깨 및 위팔의 상세불명 부위의 외상성 절단	S48.9
		척골 주두돌기의 골절, 폐쇄성	S52.020
		척골 갈고리돌기의 골절, 개방성	S52.031
		척골 상단의 기타 및 다발성 골절, 개방성	S52.081
		척골 상단의 상세불명 부분의 골절, 개방성	S52.091
		요골 머리의 골절, 개방성	S52.121
		요골 목의 골절, 개방성	S52.131
		요골 상단의 기타 및 다발성 골절, 개방성	S52.181
		척골 몸통의 골절, 폐쇄성	S52.20
		요골 몸통의 골절, 개방성	S52.31
		척골과 요골 모두의 몸통 골절, 폐쇄성	S52.40
		등쪽 경사를 동반한 요골 하단의 골절, 개방성	S52.521
		바닥쪽 경사를 동반한 요골 하단의 골절, 개방성	S52.531
		바닥쪽 경사와 관절내골절을 동반한 요골 하단의 골절, 폐쇄성	S52.540
		요골 하단의 기타 및 다발성 골절, 개방성	S52.581
		요골 하단의 상세불명 골절, 개방성	S52.591
		척골과 요골 모두의 하단의 골절, 폐쇄성	S52.60

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 4급	팔	아래팔의 다발 골절, 개방성	S52.71
		아래팔의 기타 부분의 골절, 개방성	S52.81
		요골측부인대의 외상성 파열	S53.2
		척골측부인대의 외상성 파열	S53.3
		아래팔 부위의 정맥손상	S55.2
		아래팔의 상세불명 부위의 외상성 절단	S58.9
		제1중수골 바닥의 골절, 개방성	S62.221
		제1중수골 몸통의 골절, 개방성	S62.231
		제1중수골 목의 골절, 개방성	S62.241
		제1중수골 머리의 골절, 개방성	S62.251
		제1중수골의 상세불명 부분의 골절, 개방성	S62.291
		기타 중수골 바닥의 골절, 개방성	S62.321
		기타 중수골 몸통의 골절, 개방성	S62.331
		기타 중수골 목의 골절, 개방성	S62.341
		기타 중수골 머리의 골절, 개방성	S62.351
		중수골의 상세불명 부분의 골절, 개방성	S62.391
		중수골의 다발골절, 개방성	S62.41
		손가락의 다발골절, 개방성	S62.71
		손목 및 손 부위의 척골동맥의 손상	S65.0
		손목 및 손 부위의 요골동맥의 손상	S65.1
		엄지손가락의 외상성 경지골 절단(완전)(부분)	S68.00
		기타 단일 손가락의 외상성 절단(완전)(부분)	S68.1
		손목 및 손의 기타 부분의 외상성 절단	S68.8
		손목 및 손의 상세불명 부위의 외상성 절단	S68.9
		한 쪽 팔의 여러 부위를 침범한 골절, 개방성	T02.21

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 4급	팔	양쪽 팔의 여러 부위를 침범한 골절, 폐쇄성	T02.40
		팔의 상세불명 부위의 외상성 절단	T11.6
	다리	고관절의 탈구	S73.0
		대퇴동맥의 손상	S75.0
		엉덩이 및 대퇴 부위의 대퇴정맥의 손상	S75.1
		대퇴를 동반한 엉덩이의 으깸손상	S77.2
		엉덩이 및 대퇴의 상세불명 부위의 외상성 절단	S78.9
		무릎뼈의 골절, 폐쇄성	S82.00
		경골 상단의 기타 골절, 폐쇄성	S82.180
		경골 몸통의 기타 골절, 폐쇄성	S82.280
		비골 골절(모든 부분)을 동반한 경골 하단의 골절, 폐쇄성	S82.320
		기타 경골 하단의 골절, 폐쇄성	S82.380
		비골 몸통의 골절, 개방성	S82.431
		비골만의 다발골절, 개방성	S82.441
		안쪽복사의 골절, 폐쇄성	S82.50
		외측복사의 골절의 골절, 개방성	S82.61
		아래다리의 다발성 골절, 개방성	S82.71
		양측 복사 골절, 발목, 폐쇄성	S82.820
		아래다리의 기타 부분의 골절, 개방성	S82.881
		아래다리의 상세불명 부분의 골절, 개방성	S82.91
		후십자인대의 파열	S83.53
		비골동맥의 손상	S85.2
		아킬레스힘줄의 손상, 열상	S86.00
		아래다리의 상세불명 부위의 외상성 절단	S88.9
		종골의 골절, 폐쇄성	S92.00
		거골의 골절, 개방성	S92.11
		발의 주상골의 골절, 개방성	S92.221
		발의 쐐기뼈의 골절, 개방성	S92.241

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 4급	다리	중족골의 골절, 개방성	S92.31
		엄지발가락의 골절 ,개방성	S92.41
		발의 다발골절, 개방성	S92.71
		발목 및 발 부위의 인대의 파열	S93.2
		단일 발가락의 외상성 절단	S98.1
		발의 기타 부분의 외상성 절단	S98.3
		발의 상세불명 부위의 외상성 절단	S98.4
		한 쪽 다리의 여러 부위를 침범한 골절, 폐쇄성	T02.30
		다리의 상세불명 부위의 외상성 절단	T13.6
	기타	다리와 함께 팔의 여러 부위를 침범한 골절, 폐쇄성	T02.60
		목과 함께 머리를 침범한 으깸손상	T04.0
		다리와 함께 팔의 여러 부위를 침범한 으깸손상	T04.4
특정 상해 5급	머리	두개원개의 골절, 폐쇄성	S02.00
		비골의 골절	S02.2
		안와 바닥의 골절, 폐쇄성	S02.30
		복합 중안면의 골절, 폐쇄성	S02.440
		관골궁의 골절, 폐쇄성	S02.470
		광대뼈 및 상악골의 기타 골절	S02.48
		광대뼈 및 상악골의 상세불명 골절	S02.49
		하악골의 관절돌기의 골절	S02.62
		하악골의 갈고리돌기의 골절	S02.64
		하악골의 가지의 골절	S02.65
		하악골의 각의 골절	S02.66
		하악골의 기타 부위의 골절	S02.68
		하악골의 상세불명 부위의 골절	S02.69
		비-안와-사골의골절	S02.72
		안와내벽의 골절	S02.84

상해구분	부위	상병명	상병코드
특정상해 5급	머리	기타 및 상세불명의 두개골 및 안면골의 골절	S02.88
		두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절, 폐쇄성	S02.90
		결막의 열상	S05.01
		안구내조직의 탈출 또는 손실이 없는 안구열상	S05.3
		이물이 있거나 없는 안와의 관통창	S05.4
		이물이 없는 안구의 관통창	S05.6
		안구의 박리	S05.7
		얼굴의 으깸손상	S07.0
		두개골의 으깸손상	S07.1
		머리의 기타 부분의 깸손상	S07.8
		머리의 상세불명 부분의 으깸손상	S07.9
		머리의 기타 부분의 외상성 절단	S08.8
		머리의 상세불명 부분의 외상성 절단	S08.9
		머리의 근육 및 힘줄의 손상	S09.1
		고막의 외상성 파열	S09.2
	목	목의 상세불명 부분의 골절, 폐쇄성	S12.90
		기타 경추의 탈구	S13.18
		경추의 상세불명 부위의 탈구	S13.19
		목의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S13.2
		목의 기타 부분의 으깸손상	S17.8
		목의 상세불명 부분의 으깸손상	S17.9
	몸통	흉추의 상세불명 부위의 골절	S22.09
		흉골의 골절	S22.2
		늑골골절	S22.3
		늑골의 다발골절	S22.4
		골성 흉곽의 기타 부분의 골절	S22.8
		골성 흉곽의 상세불명 부분의 골절	S22.9
		흉추의 탈구	S23.1
		흉부의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S23.2
		상대정맥의 손상	S25.2
		흉강내로의 열린상처가 없는 흉부기관의 손상	S27.50
		흉막의 손상	S27.6

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 5급	몸통	흉강내로의 열린상처가 없는 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27.90
		가슴으깸	S28.0
		흉부 부분의 외상성 절단	S28.1
		미추의 골절	S32.2
		요천추의 상세불명 부분의 골절	S32.83
		요추의 탈구	S33.1
		천장관절 및 천미관절의 탈구	S33.2
		요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S33.3
		요도의 손상	S37.3
		난소의 손상	S37.4
		난관의 손상	S37.5
		강내로의 열린상처가 없는 자궁의 손상	S37.60
		기타 골반기관의 손상	S37.8
		상세불명의 골반기관의 손상	S37.9
		외부생식기관의 으깸손상	S38.0
		복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 으깸손상	S38.1
		복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 외상성 절단	S38.3
		척추의 상세불명 부위의 골절	T08
	팔	쇄골의 골절	S42.0
		견갑골의 골절	S42.1
		상완골의 관절융기위골절, 폐쇄성	S42.420
		상완골 외측관절융기의 골절	S42.43
		상완골 내측관절융기의 골절	S42.44
		상완골 관절융기의 상세불명 골절, 폐쇄성	S42.450
		상세불명의 상완골 하단 부분의 골절, 폐쇄성	S42.490
		어깨 및 위팔의 기타 부분의 골절	S42.8
		견갑대의 상세불명 부분의 골절	S42.9
		어깨관절의 탈구	S43.0
		견쇄관절의 탈구	S43.1
		흉쇄관절의 탈구	S43.2
		견갑대의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S43.3
		어깨 및 위팔의 으깸손상	S47

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 5급	팔	척골 갈고리돌기의 골절, 폐쇄성	S52.030
		척골 상단의 기타 및 다발성 골절, 폐쇄성	S52.080
		척골 상단의 상세불명 부분의 골절, 폐쇄성	S52.090
		요골 머리의 골절, 폐쇄성	S52.120
		요골 목의 골절, 폐쇄성	S52.130
		요골 상단의 기타 및 다발성 골절, 폐쇄성	S52.180
		요골 상단의 상세불명 부분의 골절	S52.19
		요골 몸통의 골절, 폐쇄성	S52.30
		등쪽 경사를 동반한 요골 하단의 골절, 폐쇄성	S52.520
		바닥쪽 경사를 동반한 요골 하단의 골절, 폐쇄성	S52.530
		요골 하단의 기타 및 다발성 골절, 폐쇄성	S52.580
		요골 하단의 상세불명 골절, 폐쇄성	S52.590
		아래팔의 다발골절, 폐쇄성	S52.70
		아래팔의 기타 부분의 골절, 폐쇄성	S52.80
		아래팔의 상세불명 부분의 골절	S52.9
		요골머리의 탈구	S53.0
		팔꿈치의 상세불명 탈구	S53.1
		팔꿈치의 으깸손상	S57.0
		아래팔의 기타 부분의 으깸손상	S57.8
		아래팔의 상세불명 부분의 으깸손상	S57.9
		손 주상골의 골절	S62.0
		기타 수근골의 골절	S62.1
		제1중수골 바닥의 골절, 폐쇄성	S62.220
		제1중수골 몸통의 골절, 폐쇄성	S62.230
		제1중수골 목의 골절, 폐쇄성	S62.240
		제1중수골 머리의 골절, 폐쇄성	S62.250
		제1중수골의 상세불명 부분의 골절, 폐쇄성	S62.290

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 5급	팔	기타중수골 바닥의 골절, 폐쇄성	S62.320
		기타중수골 몸통의 골절, 폐쇄성	S62.330
		기타중수골 목의 골절, 폐쇄성	S62.340
		기타중수골 머리의 골절, 폐쇄성	S62.350
		중수골의 상세불명 부분의 골절, 폐쇄성	S62.390
		중수골의 다발골절, 폐쇄성	S62.40
		엄지손가락의 골절	S62.5
		기타 손가락의 골절	S62.6
		손가락의 다발골절, 폐쇄성	S62.70
		손목 및 손의 기타 및 상세불명 부분의 골절	S62.8
		손목의 탈구	S63.0
		손목 및 수근골 인대의 외상성 파열	S63.3
		중수지골 및 지골간 관절에서 손가락인대의 외상성 파열	S63.4
		깊은 손바닥궁의 손상	S65.3
		손목 및 손의 으깸손상	S67
		한 쪽 팔의 여러 부위를 침범한 골절, 폐쇄성	T02.20
		팔의 여러 부위를 침범한 으깸손상	T04.2
		팔의 상세불명 부위의 골절	T10
	다리	엉덩이의 으깸손상	S77.0
		대퇴의 으깸손상	S77.1
		비골 상단의 골절, 폐쇄성	S82.420
		비골 몸통의 골절, 폐쇄성	S82.430
		비골만의 다발골절, 폐쇄성	S82.440
		비골의 기타 및 상세불명 부분의 골절	S82.48
		외측복사의 골절의 골절, 폐쇄성	S82.60
		아래다리의 다발성 골절, 폐쇄성	S82.70
		아래다리의 기타 부분의 골절, 폐쇄성	S82.880
		아래다리의 상세불명 부분의 골절, 폐쇄성	S82.90

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 5급	다리	무릎뼈의 탈구	S83.0
		무릎의 탈구	S83.1
		현존 반달연골의 찢김	S83.2
		현존 무릎관절연골의 찢김	S83.3
		외측측부인대의 파열	S83.42
		내측측부인대의 파열	S83.43
		무릎의 다발성 구조의 손상	S83.7
		아래다리 부위의 소복재정맥의 손상	S85.4
		오금정맥의 손상	S85.5
		아킬레스힘줄의 손상, 기타 및 상세불명의 손상	S86.08
		무릎의 으깸손상	S87.0
		아래다리의 기타 및 상세불명 부분의 으깸손상	S87.8
		거골의 골절, 폐쇄성	S92.10
		발의 주상골의 골절, 폐쇄성	S92.220
		발의 입방뼈의 골절	S92.23
		발의쐐기뼈의골절,폐쇄성	S92.240
		족근골의 기타 부분의 골절	S92.28
		족근골의 상세불명 골절	S92.29
		중족골의 골절, 폐쇄성	S92.30
		엄지발가락 골절, 폐쇄성	S92.40
		기타 발가락의 골절	S92.5
		발의 다발골절, 폐쇄성	S92.70
		발의 상세불명 골절	S92.9
		발목관절의 탈구	S93.0
		중족지골(관절)의 탈구	S93.10
		족근(골)의 상세불명 관절의 탈구	S93.30
		중족근골(관절)의 탈구	S93.31
		족근골중족골(관절)의 탈구	S93.32
		중족(골)의 상세불명 관절의 탈구	S93.33
		발등동맥의 손상	S95.0
		발바닥동맥의 손상	S95.1
		발등정맥의 손상	S95.2
		발목의 으깸손상	S97.0
		발가락의 으깸손상	S97.1

상해 구분	부위	상병명	상병코드
특정 상해 5급	다리	발목 및 발의 기타 부분의 으깸손상	S97.8
		다리의 여러 부위를 침범한 으깸손상	T04.3
		다리의 상세불명 부위의 골절	T12
	기타	기타 신체부위를 복합적으로 침범한 골절	T02.8
		상세불명의 다발성 골절	T02.9
		기타 신체부위를 복합적으로 침범한 으깸손상	T04.8
		상세불명의 다발성 으깸손상	T04.9
		상세불명의 신체부위의 골절	T14.2
		상세불명의 신체부위의 으깸손상 및 외상성 절단	T14.7

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병1】

5대질환 분류표

1. 약관에 규정하는 5대질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

질병구분	대상질병	분류번호
심장 질환	급성 류마티스열	I00～I02
	만성 류마티스 심장 질환	I05～I09
	허혈심장질환	I20～I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26～I28
	기타 형태의 심장병	I30～I52
	- 수막알균성 심근염(I41.0*)	A39.5†
	- 수막알균성 심내막염(I39.8*)	A39.5†
	- 수막알균성 심장막염(I32.0*)	A39.5†
	- 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5†
	- 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6†
뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	I60～I69
간질환	바이러스 간염	B15～B19
	간의 질환	K70～K77
	- 거대세포바이러스간염(K77.0*)	B25.1†
	- 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1†
신부전	신부전	N17-N19
폐질환	폐기종	J43
	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	기관지확장증	J47
	하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
	흉막의 기타 질환	J90~J94

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병2】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며. 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	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

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준

질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 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.

【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.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병3】

제자리신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 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

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병4】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니

다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병5】

5대고액치료비암 분류표

1. 약관에서 규정하는 5대고액치료비암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C70-C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병6】

뇌졸중대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌졸중대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병7】

백내장 분류표

1. 약관에 규정하는 백내장으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류 번호
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병8】

급성심근경색증대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 급성심근경색증대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병9】

심장질환 분류표

1. 약관에 규정하는 심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류번호
심장 질환	급성 류마티스열	I00-I02
	만성 류마티스 심장질환	I05-I09
	허혈심장질환	I20-I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26-I28
	기타 형태의 심장병	I30-I52
	- 수막알균성 심근염(I41.0*)	A39.5†
	- 수막알균성 심내막염(I39.8*)	A39.5†
	- 수막알균성 심장막염(I32.0*)	A39.5†
	- 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5†
	- 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6†

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병10】

급여 항암방사선치료 분류표

약관에 규정하는 급여 항암방사선치료로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대 상 항 목	진료행위 코드
다-401 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획	
기본치료계획[1문조사]-제1회	HD010
기본치료계획[1문조사]-제2회부터	HD410
기본치료계획[2문대향조사]-제1회	HD011
기본치료계획[2문대향조사]-제2회부터	HD411
기본치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제1회	HD012
기본치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제2회부터	HD412
전산화방사선치료계획[1문조사]-제1회	HD013
전산화방사선치료계획[1문조사]-제2회부터	HD413
전산화방사선치료계획[2문대향조사]-제1회	HD014
전산화방사선치료계획[2문대향조사]-제2회부터	HD414
전산화방사선치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제1회	HD015
전산화방사선치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제2회부터	HD415
전산화방사선치료계획[운동조사법]-제1회	HD016
전산화방사선치료계획[운동조사법]-제2회부터	HD416
전산화방사선치료계획[수술중방사선치료계획]	HD017
전산화방사선치료계획[입체조형치료계획]-제1회	HD018
전산화방사선치료계획[입체조형치료계획]-제2회부터	HD418
전산화방사선치료계획[정위적방사선수술계획]-제1회	HD019
전산화방사선치료계획[정위적방사선수술계획]-제2회부터	HD419
전산화방사선치료계획[양성자치료계획]-제1	HD020

회 전산화방사선치료계획[양성자치료계획]-제2회부터	HD420
전산화방사선치료계획[세기변조방사선치료계획]-제1회	HD041
전산화방사선치료계획[세기변조방사선치료계획]-제2회부터	HD441
다-402 밀봉소선원치료에 대한 치료계획 및 모의치료	
외부접촉조사치료	HD021
강내치료,관내치료	HD022
조직내치료	HD023
다-403 치료 보조기구 고안 및 제작	
치료보조기구고안및제작-차폐물	HD031
치료보조기구고안및제작-보상체	HD032
치료보조기구고안및제작-고정기구	HD033
다-404 전립선암에 Iodine-125 영구삽입술(계획)	HD040
더-401 체내(체표면) 선량측정	HX401
더-402 조사면 검교정	
필름검교정	HY402
조사면검교정-전기적영상검교정[2차원]	HY404
조사면검교정-전기적영상검교정[3차원]	HY405
다-405 체외조사 Teletherapy(1회당)	
체외조사-저에너지방사선치료[1문조사]	HD051
체외조사-저에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]	HD054
체외조사-중에너지방사선치료[1문조사]	HD052
체외조사-중에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]	HD055
체외조사-고에너지방사선치료[1문조사]	HD053
체외조사-고에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]	HD056
다-405-1 회전조사 Rotational Irradiation	
회전조사-저에너지방사선치료	HD057
회전조사-중에너지방사선치료	HD058
회전조사-고에너지방사선치료	HD059
다-406 입체조형치료(1회당)	HD061
다-407 개봉선원 치료	
개봉선원치료-경구투여방법	HD071
개봉선원치료-정맥주사방법	HD072
개봉선원치료-기타방법	HD073
다-408 밀봉소선원치료	
밀봉소선원치료-외부근접(접촉)조사치료	HD080
밀봉소선원치료-강내치료[고선량률분할치	HD081

료]-1치료기간당 밀봉소선원치료-강내치료[고선량률분할치료]-치료중단시 밀봉소선원치료-강내치료[저선량률분할치료]-방사성선원삽입당일 밀봉소선원치료-강내치료[저선량률분할치료]-익일부터 밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[고선량률분할치료]-1치료기간당 밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[고선량률분할치료]-치료중단시 밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[저선량률분할치료]-방사성선원삽입당 밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[저선량률분할치료]-익일부터 밀봉소선원치료-방사성입자의자입치료	 HD082 HD083 HD084 HD085 HD086 HD087 HD088 HD089
다-409 전신조사(1회당) Total Body Irradiation 전신조사-전신 전신조사-전림프절	 HD091 HD092
다-410 전신피부전자선조사	HD093
다-411 정위적 방사선 분할치료(1회당)	HD110
다-412 체부 정위적 방사선수술(1회당) 체부정위적방사선수술-선형가속기이용 체부정위적방사선수술-선형가속기이용[1회로치료종결] 체부정위적방사선수술-사이버나이프이용 체부정위적방사선수술-사이버나이프이용[1회로치료종결]	 HD111 HD112 HD211 HD212
다-412-1 뇌 정위적 방사선수술 뇌정위적방사선수술-감마나이프이용 뇌정위적방사선수술-사이버나이프이용 뇌정위적방사선수술-선형가속기이용	 HD113 HD114 HD115
다-413 양성자치료(1회당)	HD121
다-414 세기변조 방사선치료(1회당)	HZ271
다-415 전립선암에 Iodine-125 영구삽입술(치료)	HD150

【별표-질병11】

급여 항암약물 분류표

약관에 규정하는 급여 항암약물은 건강보험심사평가원이 고시하는「암환자에게 처방투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 분류 중 아래의 분류번호에 해당하는 약제를 말합니다.

대 상 항 목	분류번호
부신호르몬제	245
난포 및 황체호르몬제	247
기타의 호르몬제(항호르몬제를 포함)	249
비타민B제(비타민B1를 제외)	313
기타의 혈액 및 체액용약	339
해독제	392
따로 분류되지 않는 대사성 의약품	399
항악성종양제	421
기타의 종양치료제	429
방사성 의약품	431
주로 악성종양에 작용하는 것	617
기타의 생물학적 제제, 항암면역요법제	639

【별표-질병12】

호흡기관련질병 분류표

1. 약관에 규정하는 호흡기관련질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성상기도감염	J00～J06
2. 상기도의 상세불명 질환	J39.9
3. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
4. 단순성 및 점액화농성 만성기관지염	J41
5. 상세불명의 만성 기관지염	J42
6. 천식, 천식지속 상태	J45, J46
7. 폐렴, 재향군인병, 폐렴이 합병된 홍역	J12～J18, A48.1
- 수두폐렴(J17.1*)	B01.2†
- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0†
- 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3†

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병13】

충수염(맹장염) 분류표

1. 약관에 규정하는 충수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
충수의 질환	K35 ~ K38

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병14】

당뇨병질환 분류표

1. 약관에 규정하는 당뇨병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1형 당뇨병	E10
2형 당뇨병	E11
영양실조-관련 당뇨병	E12
기타 명시된 당뇨병	E13
상세불명의 당뇨병	E14
- 당뇨병성 단일신경병증	G59.0*
- 당뇨병성 다발신경병증	G63.2*
- 당뇨병성 백내장	H28.0*
- 당뇨병성 망막병증	H36.0*
- 당뇨병성 관절병증	M14.2*
- 당뇨병에서의 사구체장애	N08.3*

당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은「한국표준질병사인분류」를 참고)

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병15】

특정전염병 분류표

1. 약관에 규정하는 특정전염병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
콜레라	A00
장티푸스	A01.0
파라티푸스	A01.1～A01.4
상세불명의 시겔라증	A03.9
장출혈성대장균감염	A04.3
페스트	A20
파상풍	A33～A35
디프테리아	A36
백일해	A37
급성 회색질척수염	A80
일본뇌염	A83.0
홍역	B05
풍진	B06
볼거리	B26
탄저병	A22
브루셀라병	A23
렙토스피라병	A27
성홍열	A38
수막알균수막염	A39.0
기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
재향군인병, 비폐렴성 재향군인병[폰티액열]	A48.1～A48.2
발진티푸스	A75
광견병	A82
신장 증후군을 동반한 출혈열	A98.5
말라리아	B50～B54

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진

단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병16】

컴퓨터과잉질환(VDT증후군) 분류표

1. 약관에 규정하는 컴퓨터과잉질환(VDT증후군)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 근육장애	M60～M63
2. 윤활막 및 힘줄장애	M65～M68
3. 결합조직의 기타 전신침범	M35
4. 기타 연조직장애	M70～M79
5. 기타 관절연골장애, 인대장애	M24.1, M24.2
6. 관절통, 달리 분류되지 않은 관절 의 경직	M25.5, M25.6
7. 경추상완증후군	M53.1
8. 팔의 단일 신경병증	G56

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병17】

환경성질환 분류표

1. 약관에 규정하는 환경성질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
아토피	아토피성 피부염	L20
알레르기성 비염	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
천 식	천식	J45
	천식지속상태	J46
급성 기관지염	급성 기관지염	J20
	급성 세기관지염	J21
폐 렴	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 - 수두폐렴(J17.1*) - 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*) - 거대세포바이러스폐렴(J17.1*) - 폐톡소포자충증(J17.3*)	J16 B01.2† B05.2† B25.0† B58.3†
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
외부 요인에 의한 폐질환	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
외부 요인에 의한 폐질환	특수 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

구분	대 상 질 병	분류번호
중금속에 의한질환	약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
	정상적으로는 혈액내에 없는 약물 및 기타 물질의 존재	R78
	금속의 독성효과	T56

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병18】

추간판장애 분류표

1. 약관에 규정하는 추간판장애으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 경추간판장애	M50
2. 기타 추간판장애	M51

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병19】

기관(organ)분류표

1. 약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	기관(organ)	분류번호
입술 구강 및 인두	1. 입술의 악성 신생물	C00
	2. 혓바닥의 악성 신생물, 혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C01,C02
	3. 잇몸의 악성 신생물	C03
	4. 입바닥의 악성 신생물	C04
	5. 구개의 악성 신생물	C05
	6. 입의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물, 입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C06,C14
	7. 귀밑샘의 악성 신생물	C07
	8. 기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물	C08
	9. 편도의 악성 신생물	C09
	10. 입인두의 악성신생물, 비인두의 악성신생물, 이상동(梨狀洞)의 악성신생물, 하인두의 악성신생물	C10,C11, C12,C13
소화 기관	11. 식도의 악성 신생물	C15
	12. 위의 악성 신생물	C16
	13. 소장의 악성 신생물	C17
	14. 결장의 악성 신생물, 직장구불결장접합부의 악성 신생물, 직장의 악성신생물, 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C18,C19, C20,C26 (C26.1 제외)
	15. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	16. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	17. 담낭의 악성 신생물	C23
	18. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	19. 췌장의 악성 신생물	C25

구분	기관(organ)	분류번호
호흡기 및 흉곽내 기관	20. 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	21. 부비동의 악성 신생물	C31
	22. 후두의 악성 신생물	C32
	23. 기관의 악성 신생물	C33
	24. 기관지 및 폐의 악성 신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C34,C39
	25. 흉선의 악성 신생물	C37
	26. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
골 및 관절 연골	27. 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물, 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40,C41
흑색종 및 기타피부	28. 피부의 악성 흑색종, 기타 피부의 악성 신생물	C43,C44
중피성 및 연조직	29. 중피종, 말초신경 및 자율신경 계통의 악성 신생물, 후복막 및 복막의 악성 신생물, 기타결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C45,C47, C48,C49
유방	30. 유방의 악성 신생물	C50
여성 생식 기관	31. 외음의 악성 신생물	C51
	32. 질의 악성 신생물	C52
	33. 자궁경부의 악성 신생물, 자궁체부의 악성 신생물, 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물, 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C53,C54, C55,C57
	34. 난소의 악성 신생물	C56
	35. 태반의 악성 신생물	C58
남성 생식 기관	36. 음경의 악성 신생물	C60
	37. 전립선의 악성 신생물, 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C61,C63
	38. 고환의 악성 신생물	C62
요로	39. 신우를 제외한 신장의 악성 신생물, 신우의 악성신생물, 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C64,C65, C68
	40. 요관의 악성 신생물	C66
	41. 방광의 악성 신생물	C67

구분	기관(organ)	분류번호
눈,뇌 및 중추 신경계통의 기타부분	42. 눈 및 부속기의 악성 신생물	C69
	43. 수막의 악성 신생물	C70
	44. 뇌의 악성 신생물	C71
	45. 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
갑상선 및 기타 내분비선	46. 갑상선의 악성 신생물	C73
	47. 부신의 악성 신생물	C74
	48. 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성 신생물	C75
비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계	49. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물, 비장의 악성신생물, 진성 적혈구증가증, 골수형성이상증후군, 만성골수증식질환, 본태성(출혈성) 혈소판혈증, 골수섬유증, 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	C81-C96, C26.1, D45,D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5

주1) 위의 분류번호 예시에 해당되지 않는 암의 경우 (C46, C76-C80, C97, U99), 회사는 암으로 진단확정된 '기관(organ)'을 병원 기록 또는 조직병리학적 검사결과를 통해 '기관(organ) 분류표'에 있는 각'기관(organ)' 으로 분류합니다.

주2) 이차암진단비보장 특별약관에서는 상기 분류번호 예시 중 C44 와 C73에 해당하는 암인 경우, 보장에서 제외합니다.

주3) 인체내에 두개 이상 존재하는 기관인 경우, 제8차 개정 한국표준질병 사인분류에서 같은 이름으로 명명되고 있는 기관(organ)(예: 좌측 및 우측 유방, 신장, 고환, 폐, 요관, 난소, 부신, 눈, 부갑상선 등)은 같은 '기관(organ)' 으로 분류합니다.

주4) 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병20】

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
10. 뇌혈관 질환의 후유증	I69

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병21】

허혈성심장질환 분류표

1. 약관에 규정하는 허혈성심장질환질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속 심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈성심장질환	I24
6. 만성허혈성심장병	I25

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병22】

뇌졸중대상질병(신생아뇌출혈포함) 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌졸중대상질병(신생아뇌출혈포함)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
신생아 뇌출혈	1. 출산 손상으로 인한 두개내 열상 및 출혈	P10
	2. 태아 및 신생아의 두개내 비외상성 출혈	P52
뇌졸중	1. 거미막하출혈	I60
	2. 뇌내출혈	I61
	3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	4. 뇌경색증	I63
	5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병23】

뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함) 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
신생아 뇌출혈	1. 출산 손상으로 인한 두개내 열상 및 출혈	P10
	2. 태아 및 신생아의 두개내 비외상성 출혈	P52
뇌혈관 질환	1. 거미막하출혈	I60
	2. 뇌내출혈	I61
	3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	4. 뇌경색증	I63
	5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
	6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	8. 기타 뇌혈관 질환	I67
	9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	10. 뇌혈관 질환의 후유증	I69

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병24】

희귀난치성 7대질환 분류표

1. 약관에 규정하는 희귀난치성 7대질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 희귀난치성 7대질환 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
재생불량성 빈혈	후천성 순수적혈구 무형성[적모구감소증] 기타 무형성 빈혈	D60 D61
운동신경세포병	운동신경세포병	G12.2
파킨슨병	파킨슨병	G20
심근질환	확장성 심근병증 폐색성 비대성 심근병증 기타 비대성 심근병증 심내막심근(호산구성) 병 기타 제한성 심근병증	I42.0 I42.1 I42.2 I42.3 I42.5
모야모야병	모야모야병	I67.5
전신홍반루프스	전신홍반루프스	M32
만성신장병	만성 신장병(5기)	N18.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병25】

16대특정암 분류표

1. 약관에서 규정하는 16대특정암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22

대 상 질 병	분류번호
7. 기관의 악성신생물	C33
8. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
9. 흉선의 악성신생물	C37
10. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C39
11. 중피종	C45
12. 카포시육종	C46
13. 후복막 및 복막의 악성신생물	C48
14. 담낭의 악성신생물	C23
15. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
16. 소장의 악성신생물	C17

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병26】

특정희귀난치성질환 분류표

1. 약관에 규정하는 특정희귀난치성질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
신경계통의 결핵	A17
기타 기관의 결핵	A18
좁쌀 결핵	A19
중추신경계통의 비정형바이러스 감염	A81
감염성 및 기생충성 질환을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B20
악성 신생물을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B21
기타 명시된 질환을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B22
기타 병태를 유발한 사람면역결핍바이러스병	B23
상세불명의 사람면역결핍바이러스병	B24
거대세포바이러스병	B25
크립토콕쿠스증	B45
림프절외 NK/T-세포림프종, 비강형태	C86.0
뇌하수체의 양성신생물	D35.2
포도당-6-인산탈수소효소결핍에 의한 빈혈	D55.0
해당 효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2
지중해빈혈	D56
용혈-요독증후군	D59.3
발작성 야간헤모글로빈뇨	D59.5
후천성 순수적혈구 무형성[적모구감소]	D60
기타 무형성 빈혈	D61
선천성 적혈구조혈이상빈혈	D64.4
유전성 제8인자 결핍	D66
유전성 제9인자 결핍	D67
폰빌레브란트병	D68.0
유전성 제11인자 결핍	D68.1
기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2

대 상 질 병	분류번호
기타 혈전성향	D68.6
정성적 혈소판결함	D69.1
에반스증후군 (에반스증후군 이외의 기타 특발성 혈소판감소성 자반은 제외)	D69.3
상세불명의 혈소판감소증	D69.6
무과립구증	D70
다형핵호중구의 기능장애	D71
림프세망 및 세망조직구 조직의 참여를 동반한 기타 명시된 질환	D76
항체결손이 현저한 면역결핍	D80
기타 주요 결손과 관련된 면역결핍	D82
공통가변성 면역결핍	D83
기타 면역결핍	D84
사르코이드증	D86
말단비대증 및 뇌하수체거인증	E22.0
고프로락틴혈증	E22.1
뇌하수체 기능저하	E23.0
쿠싱증후군	E24
부신생식기장애	E25
기타 고알도스테론증	E26.8
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 기타장애	E74
스핑고지질대사장애 및 기타 지질축적장애	E75
글리코사미노글라이칸대사장애	E76
당단백질대사장애	E77
레쉬-니한 증후군	E79.1
기타 포르피린증	E80.2
구리 대사장애	E83.0
철 대사장애	E83.1
인대사 및 인산분해효소 장애	E83.3
낭성 섬유증	E84
아밀로이드증	E85
헌팅톤병	G10
유전성 운동실조	G11
척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추 신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13

대 상 질 병	분류번호
파킨슨병	G20
할러포르덴-스파츠병	G23.0
진행성 핵상안근마비[스틸-리차드슨-올스제위스키]	G23.1
리이병	G31.81
다발경화증	G35
기타 전신뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.4
뇌전증지속상태	G41
발작수면 및 허탈발작	G47.4
멜커슨증후군	G51.2
복합부위통증증후군 II형	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 원발성장애	G71
주기마비	G72.3
람베르트-이튼 증후군	G73.1
자율신경계통의 기타 장애	G90.8
척수공동증 및 연수공동증	G95.0
삼출성 망막병증 - 단, 삼출성 망막병증 이외의 배경망막병증 및 망막혈관변화는 제외	H35.0
연령과 관련된 삼출성 황반변성	H35.31
색소성 망막디스트로피	H35.51
감각성 망막을 주로 침범한 기타 디스트로피	H35.58
상세불명의 유전성 망막디스트로피	H35.59
기타마비성 사시	H49.8
원발성 폐동맥 고혈압	I27.0
확장성 심근병증	I42.0
폐색성 비대성 심근병증	I42.1
기타 비대성 심근병증	I42.2
심내막심근(호산구성)병	I42.3
기타 제한성 심근병증	I42.5
모야모야병	I67.5
폐색 혈전혈관염[버거병]	I73.1
유전성 출혈성 모세혈관확장증	I78.0
버드-키아리 증후군	I82.0
폐포 및 벽측폐포 병태	J84.0
섬유증을 동반한 기타 간질성 폐질환	J84.1
류마티스 폐질환	J99.0
크론병[국소성 장염]	K50
궤양성 대장염	K51
결핵성 복막염	K67.3
원발성 담즙성 경변증	K74.3

대 상 질 병	분류번호
자가면역성 간염	K75.4
담관염	K83.0
장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0
보통 천포창	L10.0
낙엽 천포창	L10.2
수포성 유사천포창	L12.0
흉터 유사천포창	L12.1
후천성 수포성 표피박리증	L12.3
결핵 관절염	M01.1
혈청검사 양성 류마티스관절염	M05
절단성 관절염	M07.1
건선 척추염	M07.2
기타 건선관절병증	M07.3
연소성 류마티스 관절염	M08.0
연소성 강직척추염	M08.1
전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2
(혈청검사 음성인)연소성다발관절염	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
대동맥궁증후군[다까야수]	M31.4
현미경적 다발혈관염	M31.7
전신홍반루푸스	M32
피부다발근염	M33
전신경화증	M34
건조증후군[쉐그렌]	M35.0
기타 중복증후군	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
강직 척추염	M45
척추의 결핵	M49.0
진행성 골화근육염	M61.1
뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
복합부위 통증증후군 Ⅰ형	G90.5
뼈의 결핵	M90.0
재발성 다발연골염	M94.1
신장성 요붕증	N25.1
결핵성 방광염	N33.0

대 상 질 병	분류번호
자궁경부의 결핵감염	N74.0
여성 결핵성 골반염증질환	N74.1
신생아의 호흡곤란	P22

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병27】

관절염·생식기질환 분류표

1. 약관에 규정하는 2대질병(관절염·생식기질환)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류번호
관절염	감염성 관절병증 (결핵 관절염(A18.01†) 제외) 염증성 다발관절병증 (당뇨병성 관절병증 제외) - 류마티스폐질환(M05.1+) 관절증 기타 관절장애	M00~M03 (M01.1제외) M05~M14 (M14.2제외) J99.0* M15~M19 M20~M25
생식기질환	남성 생식기관의 질환 (남성 불임 제외) - 편모충성 전립선염(N51.0*) - 볼거리고환염(N51.1*) 여성골반내기관의 염증성 질환 (자궁경부의 결핵감염(A18.17†)제외)) (여성 결핵성 골반염증질환 (A18.17†) 제외) 여성 생식관의 비염증성 장애 (습관적 유산자 제외) (여성불임 제외) (인공수정과 관련된 합병증 제외) 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N40~N45, N47~N51 A59.08† B26.0† N70~N77 (N74.0제외) (N74.1제외) N80~N95 N99

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니

다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병28】

시청각질환 분류표

1. 약관에 규정하는 시청각질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상 질병	분류번호
1. 눈꺼풀, 눈물계통 및 안와의 장애	H00～H06
2. 결막의 장애	H10～H13
3. 공막, 각막, 홍재 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

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병29】

치핵 분류표

1. 약관에 규정하는 치핵으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구 분	대 상 질 병	분류번호
치핵 및 항문주위정맥 혈전증	포함 - 치질 제외 - 합병증 : 합병된 출산 및 산후기 (O87.2), 합병된 임신(O22.4)	K64

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병30】

특정31대질병 분류표

1. 약관에 규정하는 특정31대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류번호
크로이츠펠트-야콥병	크로이츠펠트-야콥병	A81.0
뇌의 특정염증성질환	뇌의 특정염증성질환 (엔테로바이러스뇌염, 아데노바이러스뇌염 제외)	A83-A86 (A85.0+,A85.1+제외)
간질환	바이러스간염 간의 질환 - 거대세포바이러스간염(K77.0*) - 톡소포자충간염(K77.0*)	B15～B19 K70～K77 B25.1† B58.1†
고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압 고혈압성 심장병 고혈압성 신장병 고혈압성 심장 및 신장병 이차성 고혈압 고혈압성 망막병증 (고혈압성 망막병증 이외의 배경망막병증 및 망막혈관변화는 제외)	I10 I11 I12 I13 I15 H35.0
당뇨병질환	1형 당뇨병 2형 당뇨병 영양실조-관련 당뇨병 기타 명시된 당뇨병 상세불명의 당뇨병 - 당뇨병성 단일신경병증 - 당뇨병성 다발신경병증 - 당뇨병성 백내장 - 당뇨병성 망막병증 - 당뇨병성 관절병증 - 당뇨병에서의 사구체장애	E10 E11 E12 E13 E14 G59.0* G63.2* H28.0* H36.0* M14.2* N08.3*

구분	대상질병	분류번호
조로증	조로증	E34.8
만성 하부 호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
위궤양 및 십이지장 궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
결핵	결핵	A15-A19
	결핵의 후유증	B90
	- 결핵성 복막염(A18.30+)	K67.3*
	- 장, 복막 및 장간막 림프절의 결핵성 장애(A18.3-*)	K93.0*
	- 기타 관절의 결핵성 관절염(A18.01+)	M01.1*
	- 척추의 결핵(A18.00+)	M49.0*
	- 뼈의 결핵(A18.02+)	M90.0*
	- 방광의 결핵(A18.11+)	N33.0*
	- 자궁경부의 결핵(A18.17+)	N74.0*
	- 결핵성 여성골반염증질환(A18.17+)	N74.1*
패혈증	연쇄알균패혈증	A40
	기타 패혈증	A41
중추 신경 계통의 염증성 질환	달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	- 수막알균수막염(G01*)	A39.0†
	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
	- 아데노바이러스수막염 (G02.0*)	A87.1†
	- 엔테로바이러스수막염 (G02.0*)	A87.0†
	- 헤르페스바이러스수막염 (G02.0*)	B00.3†
	- 수두수막염(G02.0*)	B01.0†
	- 대상포진수막염(G02.0*)	B02.1†
	- 수막염이 합병된 홍역	B05.1†

구분	대상질병	분류번호
	(G02.0*)	
	- 볼거리수막염(G02.0*)	B26.1†
	- 칸디다수막염(G02.1*)	B37.5†
	- 콕시디오이데스진균수막염 (G02.1*)	B38.4†
	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
	- 아데노바이러스뇌염, 척수염 또는 뇌척수염(G05.1*)	A85.1†
	- 엔테로바이러스뇌염, 척수염 또는 뇌척수염(G05.1*)	A85.0†
	- 헤르페스바이러스, 척수염 또는 뇌척수염뇌염 (G05.1*)	B00.4†
	- 수두후에서의 뇌염, 척수염 또는 뇌척수염(G05.1*)	B01.1†
	- 대상포진에서의 뇌염, 척수염 또는 뇌척수염(G05.1*)	B02.0†
	- 홍역에서의 뇌염, 척수염 또는 뇌척수염(G05.1*)	B05.0†
	- 볼거리에서의 뇌염, 척수염 또는 뇌척수염(G05.1*)	B26.2†
	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
	달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07
	- 아메바성 뇌의 농양(G07*)	A06.6†
	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
	중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
파킨슨병	파킨슨병	G20
	이차성 파킨슨증	G21
다발경화증	다발경화증	G35
뇌전증	뇌전증	G40
	뇌전증지속상태	G41
중증근무력증	중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70

구분	대상질병	분류번호
뇌성마비	뇌성마비	G80
마비	편마비 하반신마비 및 사지마비 기타 마비증후군	G81 G82 G83
자율신경계통의 장애	자율신경계통의 장애	G90
수두증	수두증	G91
녹내장	녹내장 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H40 H42
동맥경화증	죽상경화증	I70
대동맥류	대동맥동맥류 및 박리	I71
기타동맥류 및 박리	기타 동맥류 및 박리	I72
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스폐렴 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 재향군인병 - 수두에서의 폐렴(J17.1*) - 홍역에서의 폐렴(J17.1*) - 거대세포바이러스병에서의 폐렴(J17.1*) - 톡소포자충증에서의 폐렴(J17.3*)	J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 A48.1 B01.2† B05.2† B25.0† B58.3†
폐질환	폐기종 기타 만성 폐쇄성 폐질환 기관지확장증 하기도의 화농성 및 괴사성 병태 흉막의 기타 질환	J43 J44 J47 J85~J86 J90~J94
외부요인에 의한	외부요인에 의한 폐질환	J60~J70

구분	대상질병	분류번호
폐질환		
폐부종	폐부종	J81
특정호흡기질환	달리 분류되지 않은 폐호산구증가 기타 간질성 폐질환	J82 J84
급성 췌장염	급성 췌장염	K85
췌장 질환	췌장의 기타 질환 달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애 - 거대세포바이러스췌장염 (K87.1*) - 볼거리췌장염(K87.1*)	K86 K87 B25.2+ B26.3+
신부전	신부전	N17-N19

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병31】

다빈도64대질병 분류표

1. 약관에 규정하는 다빈도64대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분		대상질병	분류번호
12대 양성 종양	주침샘의 양성 신생물	주침샘의 양성 신생물	D11
	소화계통의 양성신생물	기타 및 부위불명 소화계통의 양성 신생물	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 연조직의 양성 신생물 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D19 D20 D21
	여성생식기의 양성종양	자궁의 평활근종 자궁의 기타 양성 신생물 난소의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D25 D26 D27 D28
	남성생식기의 양성종양	남성생식기관의 양성 신생물	D29
	비뇨기관의 양성신생물	비뇨기관의 양성 신생물	D30
	눈 및 부속기관의	눈 및 부속기의 양성 신생물	D31

구분		대상질병	분류번호
	양성종양		
	수막의 양성신생물	수막의 양성 신생물	D32
12대 양성 종양	뇌 및 중추신경계통의 양성신생물	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	갑상선 및 내분비선의 양성신생물	갑상선의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D34 D35
특정 혈액 및 조혈 기관의 질환	용혈-요독증후군	용혈-요독증후군	D59.3
	비장의 질환	비장의 질환	D73
내분비계 질환	갑상선질환	갑상선의 장애 갑상선이상성 안구돌출 (E05.0+)	E00-E07 H06.2*
		처치후 갑상선기능저하증 방사선조사후 갑상선기능저하증 수술후 갑상선기능저하증	E89.0
	부갑상선질환	부갑상선기능저하증 부갑상선기능항진증 및 부갑상선의 기타 장애	E20 E21
	뇌하수체질환	뇌하수체의 기능항진 뇌하수체의 기능저하 및 기타 장애	E22 E23
	특정 기타 내분비선의 장애	쿠싱증후군 부신생식기장애 고알도스테론증 부신의 기타 장애	E24 E25 E26 E27
혈관 질환	버거씨병	폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1
	동맥 및 세동맥의 질환	동맥색전증 및 혈전증 동맥 및 세동맥의 기타 장애	I74 I77
	문맥혈전증	문맥혈전증	I81

구분		대상질병	분류 번호
	림프절염	비특이성 림프절염 림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I88 I89
	특정 식도정맥류	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류 달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.2 I98.3
호흡기/이비인후과 질환	급성 상기도감염	급성 상기도감염	J00-J06
	특정 인플루엔자	확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자 확인된 계절성 인플루엔자 바이러스에 의한 인플루엔자 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J09 J10 J11
	상세불명의 급성 하기도감염	상세불명의 급성 하기도감염	J22
	축농증	만성 부비동염	J32
	편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
	인후부위의 특정질환	편도주위농양 만성 후두염 및 후두기관염 달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환 상기도의 기타 질환	J36 J37 J38 J39
	성인호흡곤란증후군	성인호흡곤란증후군	J80
	외이의 질환	외이의 질환	H60~H62
	중이 및 유돌의 질환	중이 및 유돌의 질환 - 중이염이 합병된 홍역 (H67.1*) - 홍역후 중이염	H65-H75 B05.3+ B05.3+

구분		대상질병	분류 번호
		(H67.1*)	
	내이의 질환	내이의 질환	H80-H83
	귀의 기타 장애	귀의 기타 장애	H90-H95
시각 질환	황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3
시각 질환	눈 및 눈부속기관의 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*) - 유행성 각막결막염 (H19.2*) - 조선소눈병(H19.2*) 맥락막 및 망막의 장애 - 단, 아래질병은 제외 ① 배경망막병증 및 망막혈관변화 중 고혈압성 망막병증 (H35.0 중 고혈압성 망막병증에 해당하는 상병) ② 황반 및 후극부의 변성 (H35.3) ③ 당뇨병의 망막병증 (H36.0) 시신경 및 시각경로의 장애	H15-H22 B00.50+ B00.50+ B00.50+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B00.51+ B30.0+ B30.0+ B30.0+ H30-H36 H46-H48
	미만성 층판성 각막염	미만성 층판성 각막염	H59.8
비뇨기	사구체질환	급성 신염증후군 급속 진행성 신염증후군	N00 N01

구분		대상질병	분류번호
/ 신장 질환		재발성 및 지속성 혈뇨	N02
		만성 신염증후군	N03
		신증후군	N04
		상세불명의 신염증후군	N05
		명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨	N06
		달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
		달리 분류된 질환에서의 사구체장애	N08
		(당뇨병에서의 사구체장애 제외)	(N08.3제외)
비뇨기 / 신장 질환	신세뇨관-간질질환	급성 세뇨관-간질신장염	N10
		만성 세뇨관-간질신장염	N11
		급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
		폐색성 및 역류성 요로병증	N13
		약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
		기타 신세뇨관-간질질환	N15
		달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애	N16
	방광의 결석	방광의 결석	N21.0
	신장 및 요관의 기타 장애	신세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
		상세불명의 신장위축	N26
		원인불명의 작은 신장	N27
		달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
		달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
	비뇨계통의 기타 질환	방광염	N30
		달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애	N31
		방광의 기타 장애	N32
		달리 분류된 질환에서의 방광장애	N33
		달리 분류된 질환에서의 요도장애	N37

구분		대상질병	분류 번호
		- 칸디다요도염(N37.0*) 비뇨계통의 기타 장애 (방광의 결핵(A18.11†)제외) (스트레스요실금 제외) (기타 명시된 요실금 제외)	B37.40+ N39 (N33.0제외) (N39.3제외) (N39.4제외)
	특정요도질환	요도염 및 요도증후군 요도협착 요도의 기타 장애	N34 N35 N36
	유방의 장애	양성 유방형성이상 유방의 염증성 장애 유방의 비대 유방의 상세불명의 덩이 유방의 기타 장애	N60 N61 N62 N63 N64
소화기 질환	침샘질환	침샘의 질환	K11
	식도질환	식도염 위-식도역류병 식도의 기타 질환 달리 분류된 질환에서의 식도의 장애 (식도의 결핵(A18.82†) 제외)	K20 K21 K22 K23 (K23.0 제외)
	위공장궤양	위공장궤양	K28
	위·십이지장 질환	위염 및 십이지장염 기능성 소화불량	K29 K30
	사타구니 탈장	사타구니탈장	K40
	특정 부위의 탈장	대퇴탈장 배꼽탈장 복벽탈장 횡격막탈장 기타 복부탈장 상세불명의 복부탈장	K41 K42 K43 K44 K45 K46
	비감염성 장염 및 결장염	크론병[국소성 장염] 궤양성 대장염 기타 비감염성 위장염 및 결장염	K50 K51 K52

구분		대상질병	분류 번호
	특정 장질환	장의 혈관장애 탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색 장의 게실병	K55 K56 K57
	복막의 질환	복막의 질환 (결핵성 복막염(A18.30†) 제외)	K65-K67 (K67.3제외)
	담석증	담석증	K80
	담낭담도 질환	담낭염 담낭의 기타 질환 담도의 기타 질환	K81 K82 K83
	장흡수장애	장흡수장애	K90
관절/척추 질환	특정 전신결합조직장애	결절성 다발동맥염 및 관련 병태 기타 괴사성 혈관병증	M30 M31
	결합조직의 기타 전신침범	결합조직의 기타 전신침범-각막결막염을(를) 동반한 쉐그렌증후군(M35.0+)	M35 H19.3*
	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
	추간판장애(디스크질환)	경추간판장애 기타 추간판장애	M50 M51
	골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증 병적 골절이 없는 골다공증 달리 분류된 질환에서의 골다공증 골연속성의 장애	M80 M81 M82 M84
신경 관련 질환	안면 신경장애	삼차신경의 장애 안면신경장애 기타 뇌신경의 장애	G50 G51 G52

구분		대상질병	분류번호
	단일신경병증	팔의 단일신경병증 다리의 단일신경병증 기타 단일신경병증 달리 분류된 질환에서의 단일신경병증 (당뇨병성 단일신경병증 제외)	G56 G57 G58 G59 (G59.0제외)

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병32】

32대질병 분류표

1. 약관에 규정하는 32대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

[5대질병]

질병구분	대상질병	분류번호
심장질환	급성 류마티스열 만성 류마티스 심장 질환 허혈심장질환 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 기타 형태의 심장병 - 수막알균성 심근염(I41.0*) - 수막알균성 심내막염(I39.8*) - 수막알균성 심장막염(I32.0*) - 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*) - 칸디다심내막염(I39.8*)	I00～I02 I05～I09 I20～I25 I26～I28 I30～I52 A39.5† A39.5† A39.5† A39.5† B37.6†
뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	I60～I69
간질환	바이러스 간염 간의 질환 - 거대세포바이러스간염(K77.0*) - 톡소포자충간염(K77.0*)	B15～B19 K70～K77 B25.1† B58.1†
신부전	신부전	N17-N19
폐질환	폐기종 기타 만성 폐쇄성 폐질환 기관지확장증 하기도의 화농성 및 괴사성 병태 흉막의 기타 질환	J43 J44 J47 J85~J86 J90~J94

[9대질병]

질병구분	대상질병	분류번호
만성하부호흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염 상세불명의 만성 기관지염 천식 천식지속상태	J40 J41 J42 J45 J46
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
결핵	결핵 결핵의 후유증 - 결핵성 복막염(A18.30†) - 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*) - 결핵관절염(A18.01†) - 척추의 결핵(A18.00†) - 뼈의 결핵(A18.02†) - 결핵성 방광염(A18.11†) - 자궁경부의 결핵감염(A18.17†) - 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†)	A15-A19 B90 K67.3* K93.0* M01.1* M49.0* M90.0* N33.0* N74.0* N74.1*
갑상선 질환	갑상선의 장애 - 갑상선이상성 안구돌출(E05.0†)	E00-E07 H06.2*
	처치후 갑상선기능저하증 방사선조사후 갑상선기능저하증 수술후 갑상선기능저하증	E89.0
동맥경화증	죽상경화증	I70
대동맥류	대동맥동맥류 및 박리	I71

질병구분	대상질병	분류번호
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1
	- 수두폐렴(J17.1*)	B01.2†
	- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2†
	- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0†
	- 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3†
급성 췌장염	급성 췌장염	K85
췌장질환	췌장의 기타 질환	K86
	달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애	K87
	- 거대세포바이러스 췌장염(K87.1*)	B25.2+
	- 볼거리췌장염 (K87.1*)	B26.3+

[14대질병]

질병구분	대상질병	분류번호
소화 계통의 양성 신생물 (D13)	기타 및 부위불명 소화계통의 양성신생물	D13
중이·호흡계통 및 흉곽의 양성 신생물	중이 및 호흡계통의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 양성 신생물	D14 D15
비뇨기관의 양성 신생물	비뇨기관의 양성신생물	D30
수막의 양성 신생물	수막의 양성 신생물	D32
뇌 및 중추신경계통의 양성 신생물	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
갑상선 및 내분비선의 양성 신생물	갑상선의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D34 D35
사구체 질환	급성 신염증후군 급속 진행성 신염증후군 재발성 및 지속성 혈뇨 만성 신염증후군 신증후군 상세불명의 신염증후군 명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨 달리 분류되지 않은 유전성 신장병증 달리 분류된 질환에서의 사구체장애 (당뇨병에서의 사구체장애 제외)	N00 N01 N02 N03 N04 N05 N06 N07 N08 (N08.3 제외)

질병구분	대상질병	분류번호
신세뇨관-간질 질환	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 질환에서의 신세뇨관-간질장애	N10 N11 N12 N13 N14 N15 N16
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
비뇨계통의 기타질환	방광염 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애 방광의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 방광장애 달리 분류된 질환에서의 요도장애 - 칸디다 방광염 및 요도염 (N37.0*) 비뇨계통의 기타 장애 (결핵성 방광염 (A18.11†)제외) (스트레스요실금 제외) (기타 명시된 요실금 제외)	N30 N31 N32 N33 N37 B37.40+ N39 (N33.0 제외) (N39.3 제외) (N39.4 제외)
특정 장질환	장의 혈관장애 탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색 장의 게실병	K55 K56 K57

질병구분	대상질병	분류번호
담석증	담석증	K80
담낭담도 질환	담낭염 담낭의 기타질환 담도의 기타질환	K81 K82 K83
안면 신경장애	삼차신경의 장애 안면신경장애 기타 뇌신경의 장애	G50 G51 G52

[4대질병]

질병구분	대상질병	분류번호
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
관절염	감염성 관절병증 (결핵 관절염(A18.01†) 제외) 염증성 다발관절병증 - 류마티스폐질환(M05.1+) 관절증 기타 관절장애	M00~M03 (M01.1제외) M05~M14 J99.0* M15~M19 M20~M25
생식기 질환	남성 생식기관의 질환 (남성 불임 제외) - 편모충성 전립선염(N51.0*) - 볼거리고환염(N51.1*) 여성골반내기관의 염증성 질환 (자궁경부의 결핵감염(A18.17†)제외)) (여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†) 제외) 여성 생식관의 비염증성 장애 (습관적 유산자 제외) (여성불임 제외) (인공수정과 관련된 합병증 제외) 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N40~N45, N47~N51 A59.08† B26.0† N70~N77 (N74.0제외) (N74.1제외) N80~N95 N99

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준

질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병32】

갑상선기능항진증대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 갑상선기능항진증대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
갑상선독증(갑상선기능항진증)	E05

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병34】

만성당뇨합병증 분류표

1. 약관에 규정하는 만성당뇨합병증으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
1형 당뇨병	신장 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.2
	눈 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.3
	신경학적 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.4
	말초순환계 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.5
2형 당뇨병	신장 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.2
	눈 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.3
	신경학적 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.4
	말초순환계 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.5
영양실조-관련 당뇨병	신장 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.2
	눈 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.3
	신경학적 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.4
	말초순환계 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.5
기타 명시된 당뇨병	신장 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.2
	눈 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.3
	신경학적 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.4
	말초순환계 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.5
상세불명의 당뇨병	신장 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.2
	눈 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.3
	신경학적 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.4
	말초순환계 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.5
기타 당뇨병성 합병증	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병35】

양성뇌종양(경계성종양제외) 대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 양성뇌종양(경계성종양제외)으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
수막의 양성신생물	D32
뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물	D33
뇌하수체의 양성신생물	D35.2
두개인두관의 양성신생물	D35.3
송과선의 양성신생물	D35.4

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병36】

7대질병 분류표

1. 약관에 규정하는 7대질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류코드
심장 질환	급성 류마티스열	I00～I02
	만성 류마티스 심장 질환	I05～I09
	허혈심장질환	I20～I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26～I28
	기타 형태의 심장병	I30～I52
	- 수막알균성 심근염(I41.0*)	A39.5†
	- 수막알균성 심내막염(I39.8*)	A39.5†
	- 수막알균성 심장막염(I32.0*)	A39.5†
	- 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5†
	- 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6†
뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	I60～I69
간질환	바이러스 간염	B15～B19
	간의 질환	K70～K77
	- 거대세포바이러스간염(K77.0*)	B25.1†
	- 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1†
고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증	H35.0
	- 단, 고혈압성 망막병증 이외의 배경망막병증 및 망막혈관변화는 제외	

구분	대상질병	분류코드
당뇨병질환	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조 관련 당뇨병	E12
	기타명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
	당뇨병성단일신경병증	G59.0*
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2*
	당뇨병성 백내장	H28.0*
	당뇨병성 망막병증	H36.0*
	당뇨병성 관절병증	M14.2*
	당뇨병에서의사구체장애	N08.3*
만성 하부 호흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
위궤양 및 십이지장 궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27

당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은「한국표준질병사인분류」를 참고)

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병37】

후각특정질환 분류표

1. 약관에 규정하는 후각특정질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류번호
후각특정 질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
	만성비염, 비인두염 및 인두염	J31
	코폴립	J33
	코 및 비동의 기타장애	J34

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병38】

결핵분류표

1. 약관에서 규정하는 결핵으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
2. 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
3. 신경계통의 결핵	A17
4. 기타 기관의 결핵	A18
- 결핵관절염(A18.01+)	M01.1*
- 척추의 결핵(A18.00+)	M49.0*
- 뼈의 결핵(A18.02+)	M90.0*
- 결핵성 방광염(A18.11+)	N33.0*
- 자궁경부의 결핵감염(A18.17+)	N74.0*
- 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17+)	N74.1*
- 결핵성 복막염(A18.30+)	K67.3*
- 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*)	K93.0*
5. 좁쌀 결핵	A19
6. 다약제내성 결핵주1)	U84.30
7. 광범위약제내성 결핵주2)	U84.31

주1) 이소니아지드와 리팜핀을 포함하는 2개 이상의 항결핵 약제에 내성이 있는 결핵균에 의해 발생한 결핵

주2) 이소니아지드와 리팜핀에 내성이고 한가지 이상의 퀴놀론계 약제와 3가지 주사제(카프레오마이신, 카나마이신, 아미카신) 중 한가지 이상의 약제에 내성을 보이는 결핵

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병39】

대장 양성종양및특정폴립 분류표

1. 약관에 규정하는 대장 양성종양및특정폴립으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
맹장의 양성 신생물	D12.0
충수의 양성 신생물	D12.1
상행결장의 양성 신생물	D12.2
횡행결장의 양성 신생물	D12.3
하행결장의 양성 신생물	D12.4
구불결장의 양성 신생물	D12.5
상세불명의 결장의 양성 신생물	D12.6
직장구불결장접합부의 양성 신생물	D12.7
직장의 양성신생물	D12.8
직장폴립	K62.1
결장의 폴립	K63.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병40】

위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립 분류표

1. 약관에 규정하는 위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
기타 및 부위불명의 소화계통의 양성 신생물 위 및 십이지장의 폴립	D13 K31.7

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병41】

중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양 분류표

1. 약관에 규정하는 중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
중이 및 호흡계통의 양성 신생물	D14
기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D15

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병42】

골,관절연골 양성종양 분류표

1. 약관에 규정하는 골,관절연골 양성종양으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
골 및 관절연골의 양성 신생물	D16

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병43】

천식지속상태 분류표

1. 약관에 규정하는 「천식지속상태」로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
천식지속상태	J46

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병44】

급성신우신염 분류표

1. 약관에 규정하는 「급성신우신염」으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
급성세뇨관-간질신장염	N10

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병45】

건선 분류표

1. 약관에 규정하는「건선」으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
건선	L40

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병46】

독감(인플루엔자) 분류표

1. 약관에 규정하는 독감(인플루엔자)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
2. 확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
3. 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병47】

특정9대감염병 분류표

1. 약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 특정9대감염병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

<table>
<tr><th>구분</th><th colspan="2">대상질병</th><th>분류
번호</th></tr>
<tr><td>장출혈성
대장균
감염증</td><td colspan="2">장출혈성 대장균감염</td><td>A04.3</td></tr>
<tr><td>백일해</td><td colspan="2">백일해</td><td>A37</td></tr>
<tr><td>유행성이
하선염</td><td colspan="2">볼거리</td><td>B26</td></tr>
<tr><td>수두</td><td colspan="2">수두</td><td>B01</td></tr>
<tr><td>성홍열</td><td colspan="2">성홍열</td><td>A38</td></tr>
<tr><td>로타바이
러스
감염증</td><td colspan="2">로타바이러스장염</td><td>A08.0</td></tr>
<tr><td>노로바이
러스
감염증</td><td colspan="2">노로바이러스에 의한 급성 위장병증</td><td>A08.1</td></tr>
<tr><td rowspan="4">호흡기세
포융합바
이러스
감염증</td><td colspan="2">호흡기세포융합바이러스폐렴</td><td>J12.1</td></tr>
<tr><td colspan="3">「①」과 「② 中 1개」를 동시부여 받은 경우</td></tr>
<tr><td>①</td><td>다른 장에서 분류된 질환의
원인으로서의
호흡기세포융합바이러스</td><td>B97.4</td></tr>
<tr><td>②</td><td>기타 명시된 병원체에 의한 급성
인두염
기타 명시된 병원체에 의한 급성
편도염
호흡기세포융합바이러스에 의한
급성 기관지염
호흡기세포융합바이러스에 의한
급성 세기관지염</td><td>J02.8
J03.8
J20.5
J21.0</td></tr>
<tr><td>수족구병</td><td colspan="2">발진을 동반한
엔테로바이러스소수포구내염</td><td>B08.4</td></tr>
</table>

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-질병48】

특정다빈도29대질병 분류표

1. 약관에 규정하는 특정다빈도29대질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류 번호
혀의 질환	혀의 질환	K14
유방의 양성 신생물	유방의 양성 신생물	D24
다낭성 난소증후군	다낭성 난소증후군	E28.2
수면무호흡	수면무호흡	G47.3
특정질환의 신경근 및 신경총 압박	신생물질환에서의 신경근 및 신경총 압박	G55.0
	추간판 장애에서의 신경근 및 신경총 압박	G55.1
	척추증에서의 신경근 및 신경총 압박	G55.2
	기타 등병증에서의 신경근 및 신경총 압박	G55.3
안와장애	안와의 장애	H05
결막장애	결막의 장애	H10-H13
정맥염 및 혈전정맥염	정맥염 및 혈전정맥염	I80
기타 정맥의 색전증 및 혈전증	기타 정맥의 색전증 및 혈전증	I82
식도정맥류	식도정맥류	I85
음낭정맥류	음낭정맥류	I86.1
급성 기관지염	급성 기관지염	J20
급성 세기관지염	급성 세기관지염	J21
위 및 십이지장의 기타 질환	위 및 십이지장의 기타 질환	K31

구분	대상질병	분류 번호
특정 장질환	과민대장증후군	K58
	기타 기능성 장장애	K59
치열및치루	항문 및 직장부의 열창 및 누공	K60
	항문 및 직장부의 농양	K61
특정 소화계통의 기타 질환	소화계통의 기타 질환	K92
	달리 분류된 질환에서의 기타 소화기관장애 (장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*) 제외)	K93 (K93.0*제외)
특정 전신결합조직장애II	전산홍반루푸스	M32
	피부다발근염	M33
	전신경화증	M34
달리 분류된 질환에서의 척추병증	달리 분류된 질환에서의 척추병증 (척추의 결핵(A18.00†) 제외)	M49 (M49.0*제외)
특정 기타등병증	달리 분류되지 않은 기타 등병증	M53
	등통증	M54
근육 장애	근육 장애	M60~M63
기타 연조직장애	기타 연조직장애	M70~M79 (M74, M78 제외)
골수염	골수염	M86
골괴사증	골괴사	M87
뼈의 파젯병	뼈의 파젯병	M88
뼈의 기타 장애	뼈의 기타 장애	M89
연골병증	연골병증	M91-M94
상세불명의 신장 급통증	상세불명의 신장 급통증	N23
다한증	다한증	R61

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-상해·질병1】

1~7종 수술분류표

<보장대상 수술코드 및 수술종류>

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
1.간 이식	간 이식	A010	7
2.폐 이식	폐 이식	A020	7
3.심장 이식	심장 이식	A030	7
4.췌장 이식	췌장 이식	A040	7
5.소장 이식	소장 이식	A050	7
6.조혈모세포 이식	조혈모세포 이식, 동종이식	A061	7
	조혈모세포 이식, 자가이식	A062	7
7.신장 이식	신장 이식	A070	7
8.체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술미동반	체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080	5
9.기관절개술	기관절개술(안면,구강,경부장애의경우), 인공호흡기장기사용	A091	1
	기관절개술(안면,구강,경부장애의경우), 인공호흡기단기사용	A092	1
	기관절개술(안면,구강,경부장애의경우), 인공호흡기미사용	A093	1
	기관절개술(안면,구강,경부장애제외), 인공호흡기장기사용	A094	1
	기관절개술(안면,구강,경부장애제외), 인공호흡기단기사용	A095	1
	기관절개술(안면,구강,경부장애제외), 인공호흡기미사용	A096	1
10.사지 이식	사지 이식	A100	7

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
11.뇌동맥류수술	복잡 뇌동맥류 수술 (뇌졸중 동반)	B011	7
	단순 뇌동맥류 수술 (뇌졸중 동반)	B012	7
	복잡 뇌동맥류 수술 (뇌졸중 미동반)	B013	7
	단순 뇌동맥류 수술 (뇌졸중 미동반)	B014	7
	뇌동맥류 색전술 (뇌졸중 동반)	B015	5
	뇌동맥류 색전술 (뇌졸중 미동반)	B016	5
	뇌동맥류 복합 수술 (뇌졸중 동반)	B017	7
	뇌동맥류 복합 색전술 (뇌졸중 미동반)	B018	5
12.뇌혈관수술	두개내 혈관 수술 (뇌졸중 동반)	B021	7
	두개내 혈관 수술 (뇌졸중 미동반)	B022	7
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술 (뇌졸중 동반)	B023	5
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술 (뇌졸중 미동반)	B024	5
	경피적 뇌혈관 수술 (협착·폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025	5
	경피적 뇌혈관 수술 (협착 및 폐쇄의 경우)	B026	5
	경피적 뇌혈관 수술 (혈전제거의 경우)	B027	5
13.혈종제거술 및 기타 개두술 (외상제외)	혈종제거술(외상 제외)	B031	7
	두개내 감압술(외상 제외)	B032	7
	두개골 성형술(외상 제외)	B033	7
14.두개외 혈관수술	두개외 혈관수술 (뇌졸중 동반)	B041	4
	두개외 혈관수술 (뇌졸중 미동반)	B042	4
	경피적 두개외 혈관수술	B043	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
15.뇌기저부 수술	뇌기저부 수술	B050	7
16.뇌종양 절제술	복잡 천막상부 종양절제술	B061	7
	단순 천막상부 종양절제술	B062	7
	복잡 천막하부 종양절제술	B063	7
	단순 천막하부 종양절제술	B064	7
	경피적 뇌신경계 종양 수술	B065	5
	경비적 뇌하수체 종양절제술	B066	7
17.신경계 신경자극기 설치술	신경계 신경자극기 설치술	B070	6
18.뇌전증 수술	뇌전증 수술 (전극삽입술 시행)	B081	6
	뇌전증 수술 (전극삽입술 미시행)	B082	6
19.정위수술	중추신경계 정위수술 (뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091	5
	중추신경계 정위수술 (두개내 출혈)	B092	5
	뇌정위 방사선 수술 (두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093	5
	뇌정위 방사선 수술 (양성 뇌종양)	B094	5
	뇌정위 방사선 수술(기타)	B095	5
	중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096	5
20.뇌신경 수술	뇌신경 수술	B100	5
21.뇌척수액 우회로조성술	뇌척수액 우회로조성술	B110	4
22.외상 개두술	혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121	6
	혈종제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122	6
	혈종제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123	6
	두개내 감압술(외상 관련)	B124	7
	두개골 성형술(외상 관련)	B125	7
23.기타 개두술	기타 개두술	B130	6

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
24.천두술	천두술 (경막하 또는 경막외)	B141	4
	천두술(뇌내)	B142	4
	천두술(기타)	B143	4
25.척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	B151	5
	척추강내 병소절제술 (척수병증 동반)	B152	5
	척추강내 병소절제술 (척수병증 미동반)	B153	5
	척추강내 병소절제술 (척추고정술 동반)	B154	5
26.척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	B161	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162	5
	성인기 척추변형 척추고정술 (감압술 미동반)	B163	5
27.기타 척추 수술	척추고정술 (척수병증 동반)	B171	4
	척추고정술 (척수병증 미동반)	B172	4
	척추후궁절제술 및 추간판제거술 (척수병증 동반)	B173	2
	척추후궁절제술 및 추간판제거술 (척수병증 미동반)	B174	2
	기타 척추 수술 (척수병증 동반)	B175	1
	기타 척추 수술 (척수병증 미동반)	B176	1
28.척추 중재시술	척추 중재시술 (뼈에 시행한 경우)	B181	1
	척추 중재시술 (신경에 시행한 경우)	B182	1
29.신경조절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191	3
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
30.기타 신경계수술	주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201	1
	기타 말초 및 뇌 신경수술	B202	1
	수근관 이완술	B203	1
	기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204	1
	기타 신경계 수술	B205	1
31.복잡 척추수술	복잡 척추고정술	B211	4
	복잡 척추후궁절제술	B212	2
32.안부 관통상 수술	복잡 안부 관통상 수술	C011	1
	전안부 관통상 수술 (수정체 수술 동반)	C012	1
	전안부 관통상 수술 (수정체 수술 미동반)	C013	1
	후안부 관통상 수술	C014	1
33.안와 수술	복잡 안와 수술, 한쪽	C021	2
	복잡 안와 수술, 양쪽	C022	2
	단순 안와 수술	C023	2
34.안구 수술 (종양 수술 포함)	안구 수술 (종양 수술 포함)	C030	2
35.망막 및 유리체 수술	망막 및 유리체 수술 (망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043	2
	망막 및 유리체 수술 (망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044	2
	망막 및 유리체 수술 (망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045	2
	망막 및 유리체 수술 (망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046	2
36.안구 표면재건술	주요 각막이식수술	C051	2
	기타 각막이식수술	C052	2
	공막 및 각막윤부이식수술	C053	2

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
37.수정체 소절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 소절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061	1
	기타 수정체 소절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062	1
	주요 수정체 소절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063	1
	기타 수정체 소절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064	1
38.수정체 대절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 대절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071	1
	기타 수정체 대절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072	1
	수정체 대절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073	1
39.후발성 백내장 수술	후발성 백내장 수술	C080	1
40.녹내장 수술	복잡 녹내장 수술 (수정체 수술 동반)	C091	2
	복잡 녹내장 수술 (수정체 수술 미동반)	C092	2
	단순 녹내장 수술 (수정체 수술 동반)	C093	2
	단순 녹내장 수술 (수정체 수술 미동반)	C094	2
41.기타 안구내 수술	기타 주요 안구내 수술	C101	1
	기타 단순 안구내 수술	C102	1
42.사시 수술	복잡 사시 수술	C111	1
	단순 사시 수술	C112	1
43.안검 수술	복잡 안검 수술, 제1형	C121	1
	복잡 안검 수술, 제2형	C122	1
	복잡 안검 수술, 제3형	C123	1
	주요 안검 수술, 제1형	C124	1
	주요 안검 수술, 제2형	C125	1
	주요 안검 수술, 제3형	C126	1
	기타 안검 수술	C127	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
44.눈물길 수술	복잡 눈물길 수술	C131	1
	주요 눈물길 수술, 한쪽	C132	1
	주요 눈물길 수술, 양쪽	C133	1
	기타 눈물길 수술 (경비내시경 포함), 단안	C135	1
	기타 눈물길 수술 (경비내시경 포함), 양안	C136	1
45.결막 수술	결막낭 재건술	C141	1
	복잡 결막 수술	C142	1
	단순 결막 수술	C143	1
46.기타 안구외수술	기타 안구외 수술	C150	1
47.내이 수술	귀 이식술	D011	5
	주요 내이 수술	D012	3
	단순 내이 수술	D013	2
48.중이 및 유양돌기 수술	고실유양돌기 수술	D021	2
	유양돌기 수술	D022	2
	고실 수술	D023	2
	이소골 재건술	D024	2
	등골 수술	D025	2
	환기관삽입 고막절개술	D026	2
49.외이 및 귀 수술	주요 외이 및 귀 수술	D031	1
	단순 외이 및 귀 수술	D032	1
50.귀 및 코의 악성종양 수술	귀 및 두개저 악성종양 수술	D041	6
	비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042	6
51.부비동개방 수술	부비동 개방 수술 (한 개, 한쪽)	D051	1
	부비동 개방 수술 (한 개, 양쪽)	D052	1
	부비동 개방 수술 (여러 개, 한쪽)	D053	1
	부비동 개방 수술 (여러 개, 양쪽)	D054	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
52.내시경을 이용한 부비동 수술	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065	1
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술 (여러 개, 한쪽)	D066	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067	1
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술 (여러 개, 양쪽)	D068	1
53.코 수술	주요 코 수술	D081	1
	비중격 및 비갑개수술	D082	1
	단순 코 수술	D083	1
54.구강 및 타액선 악성종양 수술	구강 및 타액선 악성종양 수술	D090	6
55.후두 및 인두 악성종양 수술	주요 후두 및 인두 악성종양 수술 (경동맥소체포함)	D101	6
	단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102	6
56.경부림프절 절제술	경부림프절절제술, 한쪽	D111	4
	경부림프절절제술, 양쪽	D112	4
57.안면골 수술	악관절 수술	D121	2
	주요 안면골 수술	D122	2
	단순 안면골 수술	D123	2
58.두경부 재건술	두경부 재건술	D130	2
59.타액선 수술	이하선수술	D141	2
	악하선 및 설하선 수술	D142	2
	기타 타액선 수술	D143	1
	타석제거술	D144	1
60.경부 수술	경부 수술	D150	1
61.편도 및 아데노이드 수술	주요 편도 및 아데노이드 수술	D161	1
	단순 편도 및 아데노이드 수술	D162	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
62.구강,인후두 수술	주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171	1
	단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172	1
63.기타 이비인후, 구강 질환 수술	기타 이비인후, 구강 질환 수술	D200	1
64.주요 흉부 수술	기관 및 기관지 수술	E011	6
	주요 폐 수술 (악성종양의 경우)	E012	6
	주요 폐 수술 (악성종양 제외)	E013	6
	기타 폐 수술	E014	6
	종격동 수술	E015	6
	주요 흉곽 수술	E016	6
	기타 흉곽 수술	E017	3
	흉강경을 이용한 주요 수술	E018	6
	흉강경을 이용한 기타 수술	E019	6
65.기관지경 및 방사선하 수술	기관지경 및 방사선하 수술	E020	2
66.기타 호흡기계 수술	수면무호흡증후군 수술	E032	1
	호흡기계 기타 단순 수술	E033	1
	기타 호흡기계 수술	E034	1
67.폐농양 배액술	폐농양 배액술	E520	1
68.흉막삼출 배액술	흉막삼출 배액술	E530	1
69.자동체내제세동기 시술	자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	F011	5
	자동체내제세동기 교정술	F012	5
70.심장판막 수술(심도자술 사용)	대동맥판 수술 (심도자술 사용)	F021	7
	승모판 혹은 삼첨판 수술 (심도자술 사용)	F022	7
	폐동맥판 수술 (심도자술 사용)	F023	7
71.심장판막 수술(심도자술 미사용)	대동맥판 수술 (심도자술 미사용)	F031	7
	승모판 혹은 삼첨판 수술 (심도자술 미사용)	F032	7
	폐동맥판 수술 (심도자술 미사용)	F033	7

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
72.관상동맥 우회로 조성술	관상동맥 우회로 조성술 (심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041	7
	관상동맥 우회로 조성술 (심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042	7
	관상동맥 우회로 조성술 (심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043	7
	관상동맥 우회로 조성술 (심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044	7
73.기타 심흉부수술	기타 심흉부 수술 (인공심장폐장치 사용)	F053	6
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054	5
74.주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 사용)	F061	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 사용)	F062	7
	기타 주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 사용)	F063	7
75.주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 미사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 미사용)	F071	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 미사용)	F072	7
	기타 주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 미사용)	F073	6
76.대동맥 경피적 수술	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081	4
	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082	4
	흉부대동맥류 경피적 수술	F083	4
	대동맥박리 경피적 수술	F084	4
77.정맥 및 대정맥 경피적 수술	심부정맥혈전증 경피적 수술	F091	4
	대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
78.경도관 심장결손 폐쇄술	경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101	4
	경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102	4
	기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103	4
79.급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112	4
80.급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122	4
81.급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
82.부정맥의 경피적 수술 (3차원 지도화 기능 포함)	심실빈맥 전극도자 절제술 (3차원 지도화 기능 포함)	F141	4
	심방세동 전극도자 절제술 (3차원 지도화 기능 포함)	F142	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술 (3차원 지도화 기능 포함)	F143	4
83.부정맥의 경피적 수술 (3차원 지도화 기능 미포함)	심실빈맥 전극도자 절제술 (3차원 지도화 기능 미포함)	F151	4
	심방세동 전극도자 절제술 (3차원 지도화 기능 미포함)	F152	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F153	4
84.경피적 풍선판막성형술	경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161	4
	경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162	4
85.혈관 기형의 경피적 수술	동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181	4
	관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술 (두경부 제외)	F182	4
86.말초동맥의 경피적 수술	말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192	4
	말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193	4
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술 (여러 개)	F194	4
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술 (한 개)	F195	4
87.기타 경피적 심혈관 수술	기타 경피적 심혈관 수술	F200	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
88.체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	영구적 심박조율기 설치술	F211	5
	영구적 심박조율기 교환술	F212	5
	심박조율기 제거 및 전환술	F213	1
89.기타 혈관 복구 수술	기타 혈관 복구 수술	F220	2
90.순환장애 절단술 (수족부 제외)	순환 장애 절단술 (수족부 제외)	F230	6
91.순환장애 수족부 절단술	순환 장애 수족부 절단술	F240	3
92.정맥 결찰 및 스트리핑	정맥류 국소 절제술	F252	1
	정맥류 광범위 절제술 (여러 개)	F253	1
	정맥류 광범위 절제술 (한 개)	F254	1
93.기타 순환기계 수술	기타 순환기계 수술	F260	1
94.식도 수술	식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011	6
	기타 주요 식도 수술	G012	5
	기타 단순 식도 수술	G013	4
95.직장절제술 (림프절절제동반)	복강경을 이용한 직장절제술 (림프절절제 동반)	G021	6
	개복에 의한 직장절제술 (림프절절제 동반)	G022	6
96.직장절제술 (림프절절제미동반)	복강경을 이용한 직장절제술 (림프절절제 미동반)	G031	6
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032	6
97.경항문 및 경천골 접근직장절제술	경항문 및 경천골 접근 직장절제술 (악성종양의 경우)	G041	6
	경항문 및 경천골 접근 직장절제술 (악성종양 제외)	G042	6
98.주요 십이지장 수술	주요 십이지장 수술	G050	6

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
99.식도 정맥류 수술	식도 정맥류 수술	G060	5
100.위전절제술	복강경을 이용한 위전절제술	G071	6
	개복에 의한 위전절제술	G072	6
101.위아전절제술	복강경을 이용한 위아전절제술	G081	6
	개복에 의한 위아전절제술	G082	6
102.기타 위절제술	복강경을 이용한 기타 위절제술	G091	5
	개복에 의한 기타 위절제술	G092	5
	복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093	5
	개복에 의한 기타 설상절제술	G094	5
103.소화성 궤양 수술	복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101	4
	개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102	4
104.기타 위 및 식도 수술	복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111	4
	개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112	4
105.결장 및 직장전 절제술	복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121	6
	개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122	6
106.결장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131	6
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132	6
107.결장절제술(림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141	5
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142	5
108.기타 대장 수술	복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151	4
	개복에 의한 기타 대장 수술	G152	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
109.소장 및 장간막 수술	복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171	5
	개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172	5
	장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173	3
110.장루 수술	장루 수술	G180	3
111.횡격막 탈장 수술	횡격막 탈장 수술	G190	4
112.탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외 (장절제 동반)	G202	1
	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외 (장절제 미동반)	G204	1
113.충수절제술	복강경을 이용한 충수절제술 (복잡 주진단의 경우)	G211	3
	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212	3
	개복에 의한 충수절제술 (복잡 주진단의 경우)	G213	3
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214	3
114.재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221	1
	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
115.서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230	1
116.복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반)	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241	1
	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242	1
117.개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253	1
118.복수 항문 수술	복수 항문 수술	G260	1
119.치핵 수술	주요 치핵 수술	G271	1
	단순 치핵 수술	G272	1
120.항문 주위 농양 수술	주요 항문 주위 농양 수술	G281	1
	단순 항문 주위 농양 수술	G282	1
121.치루 수술	주요 치루 수술	G291	1
	단순 치루 수술	G292	1
122.치열 수술 및 항문협착증 수술	치열 수술 및 항문협착증 수술	G300	1
123.경항문 및 질접근 수술	직장 질루 수술	G311	1
	직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312	1
124.화농성한선염 수술	화농성한선염 수술	G320	1
125.기타 소화기계 수술	기타 소화기계 수술	G332	1
126.소화기계 질환의 혈관색전술	소화기계 질환의 혈관색전술	G340	3

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
127.위내시경 시술	위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503	1
	위내시경 시술 (주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504	1
	위내시경 시술, 당일퇴원	G505	1
128.결장경 시술	결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523	1
	결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524	1
	결장경 시술, 당일퇴원	G525	1
129.구불결장경 시술	구불결장경 시술	G531	1
	구불결장경 시술, 당일퇴원	G532	1
130.소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	G540	1
131.소장내시경 시술	소장내시경 시술	G550	1
132.소화관 협착을 위한 방사선하 시술	소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560	2
133.소화기계 질환의 경피적 배액술	소화기계 질환의 경피적 배액술	G570	2
134.간담도췌장 복합수술	간담도췌장 복합수술	H010	6
135.간담도 복합수술	주요 간담도 복합수술	H021	6
	기타 간담도 복합수술	H022	5
136.담도췌장 복합수술	담도췌장 복합수술	H030	6
137.간 절제술	복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041	6
	개복에 의한 주요 간 절제술	H042	6
	복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043	5
	개복에 의한 기타 간 절제술	H044	5
138.간 수술	복강경을 이용한 간 수술	H051	4
	개복에 의한 간 수술	H052	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
139.간담도계 질환 치료를 위한 단락술	간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060	4
140.담도 절제술(림프절 절제 동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071	6
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072	6
141.담도 절제술(림프절 절제 미동반)	복강경을 이용한 담도 절제술 (림프절 절제 미동반)	H081	5
	개복에 의한 담도 절제술 (림프절 절제 미동반)	H082	5
142.주요 담도 수술	복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091	5
	개복에 의한 주요 담도 수술	H092	5
143.담낭절제술	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105	4
	개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
144.췌장절제술	복강경을 이용한 췌장절제술	H111	6
	개복에 의한 췌장절제술	H112	6
145.췌장 수술	복강경을 이용한 췌장 수술	H121	4
	개복에 의한 췌장 수술	H122	4
146.기타 간담도 및 췌장 시술	역행성담췌관내시경 시술	H142	3
	담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143	1
	기타 간담도 및 췌장 수술	H144	3
	경피적 담관경 시술	H145	3
	경피적 담관 시술	H146	3
147.간담도 및 췌장의 경피적 시술	경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152	3
	담도협착을 위한 경피적 시술	H154	3
	담석제거를 위한 경피적 시술	H155	3
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156	5
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157	5
148.출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500	1
149.간암의 경피적 치료술	간암의 경피적 치료술	H510	5
150.간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520	3
151.양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011	4
	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012	3
152.고관절 재치환술 및 치환술	고관절 전재치환술	I021	4
	고관절 전치환술	I022	4
	고관절 부분치환술	I023	4
153.슬관절 재치환술 및 치환술	슬관절 전재치환술	I031	3
	슬관절 전치환술	I032	3
	슬관절 부분치환술	I033	3

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
154.기타 관절 재치환술 및 치환술	기타 관절 전재치환술	I041	2
	기타 관절 전치환술	I042	2
	기타 관절 부분치환술	I043	2
	인공관절삽입술 제거술	I044	2
155.혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050	4
156.척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	I061	5
	척추강내 병소절제술 (척수병증 동반)	I062	5
	척추강내 병소절제술 (척수병증 미동반)	I063	5
	척추강내 병소절제술 (척추고정술 동반)	I064	5
157.척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	I071	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073	5
158.기타 척추 수술	척추고정술 (척수병증 동반)	I081	4
	척추고정술 (척수병증 미동반)	I082	4
	척추후궁절제술 및 추간판제거술 (척수병증 동반)	I083	2
	척추후궁절제술 및 추간판제거술 (척수병증 미동반)	I084	2
	기타 척추 수술 (척수병증 동반)	I085	1
	기타 척추 수술 (척수병증 미동반)	I086	1
159.척추 중재	척추 중재시술 (뼈에 시행한 경우)	I091	1
	척추 중재시술 (신경에 시행한 경우)	I092	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
160.신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101	3
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102	1
161.절단술	주요 절단술	I111	6
	기타 절단술	I112	3
162.골종양의 절제술	골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121	6
	골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122	6
	골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123	6
	골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124	2
163.골수염 및 농양 수술	골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131	2
	골수염 및 농양 수술(기타)	I132	1
	근농양 배농술	I133	1
164.고관절 및 대퇴부 수술	양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141	3
	한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142	2
165.상완골, 경골 및 비골 수술	상완골, 경골 및 비골 수술	I160	2
166.단단성형술	단단성형술(수족지 제외)	I171	2
	단단성형술(수족지)	I172	2
167.견부 수술	회전근개 수술	I181	1
	관절와순 수술	I182	1
	복수 진단 견부 수술	I183	1
	기타 견부 수술	I184	1
168.슬부 수술	십자인대 수술	I191	1
	반달연골 수술, 양쪽	I192	1
	반달연골 수술, 한쪽	I193	1
	기타 슬관절 수술	I194	1
169.주관절 및 전완부 수술	주관절 및 전완부 수술	I200	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
170.족부 및 족관절 수술	족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211	1
	족관절 골연골 병변 수술	I212	1
	기타족부 및 족관절 수술	I213	1
171.체내고정장치 제거술	체내고정장치 제거술	I220	1
172.완관절 및 수부 수술	주요 완관절 및 수부 수술	I251	1
	단순 완관절 및 수부 수술	I252	1
173.미세혈관 조직이식 또는 피부이식	미세혈관 조직이식	I261	3
	기타 피판술	I262	2
	피부 및 지방 이식술	I263	2
174.연조직 수술	복잡한 연조직 수술	I271	1
	주요 연조직 수술	I272	1
	단순 연조직 수술	I273	1
175.기타 골절 수술	골반 및 비구 골절 수술	I281	3
	대퇴부 골절 수술	I282	3
	슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283	3
	족관절 및 족부 골절 수술	I284	2
	견부 및 상완골 골절 수술	I285	3
	전완부 골절 수술	I286	2
	수부 골절 수술	I287	1
176.기타 결합조직 수술	기타 결합조직 수술	I290	1
177.복잡 인공관절치환술	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301	4
	복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303	2
	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305	2
	복잡 인공관절부분치환술	I306	3
178.복잡 척추수술	복잡 척추고정술	I311	4
	복잡 척추후궁절제술	I312	2
179.복잡 관절 수술	복잡 사지골절정복술	I321	2
	복잡 관절고정술	I322	2
	복잡 사지관절절제술	I323	1
	복잡 가관절수술	I324	2
	복잡 반월판연골절제술	I325	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
180.복잡 근골격계 염증성 질환 수술	복잡 화농성관절염절개술	I331	1
	복잡 골수염 및 농양수술	I332	1
181.근골격계 질환의 경피적 배액술	근골격계 질환의 경피적 배액술	I500	1
182.피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010	3
183.피판술, 피부이식술 및 변연절제술 (피부궤양, 봉소염의 경우)	피판술(피부궤양, 봉소염의경우)	J021	2
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022	2
184.피판술, 피부이식술 및 변연절제술 (피부궤양, 봉소염 제외)	피판술(피부궤양, 봉소염제외)	J031	2
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032	2
185.기타 피부, 피하조직수술	피부 및 연조직 악성종양 절제술	J041	4
	피부 및 연조직 수술	J042	1
	기타 피부, 피하조직수술	J043	1
186.유방재건술	자가조직을 이용한 유방재건술	J051	3
	보형물을 이용한 유방재건술	J052	3
187.주요 유방 수술	근치 유방절제술	J061	6
	유방절제술(악성종양의 경우)	J062	6
	유방절제술(악성종양 제외)	J063	2
188.단순 유방 수술	진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071	1
	절개에 의한 단순 유방 수술	J072	1
189.액와 수술	액와 수술(악성종양의 경우)	J081	4
	액와 수술(악성종양 제외)	J082	1
190.기타 유방 및 액와 수술	기타 유방 및 액와 수술	J090	1
191.항문 주위 및 모소 수술	항문 주위 및 모소 수술	J100	1
	교감신경절제술	J110	2

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
192.내분비, 영양 및 대사장애 절단술	내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011	6
	내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012	3
193.뇌하수체 수술	천막상부 종양 절제술	K021	7
	복잡 경비적 뇌하수체 종양 절제술	K023	7
	단순 경비적 뇌하수체 종양 절제술	K024	7
194.부신 수술	복강경을 이용한 부신 수술	K031	4
	개복에 의한 부신 수술	K032	4
195.내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041	2
	내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042	2
	내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043	2
196.부갑상선 수술	내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051	2
	절개에 의한 부갑상선 수술	K052	2
197.주요 갑상선 악성 종양 수술	주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063	4
	주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064	4
198.주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075	2
	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076	2
199.기타 갑상선 수술	기타 갑상선 수술	K080	1
200.기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	복강경을 이용한 비만대사수술	K091	1
	개복에 의한 비만대사수술	K092	1
	기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490	1
201.복막투석 도관 삽입술	복막투석 도관 삽입술	L010	2

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
202.신장 및 비뇨기계 신생물 수술	주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021	6
	기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022	6
	주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023	6
	기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024	5
	경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025	4
	전립선 신생물 수술	L026	4
	복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027	6
203.신장 및 신우 수술	복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031	4
	개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032	4
	경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033	3
	경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034	3
204.요관 수술	요관 수술	L040	2
205.방광 수술	개복에 의한 방광 수술	L051	4
	경피적 방광 수술	L052	2
	경요도 방광 수술	L053	1
206.전립선 수술	전립선 수술	L060	2
207.요도 수술	주요 요도 수술	L071	1
	요도경하 요도 수술	L072	1
	기타 요도 수술	L073	1
	복잡 요실금 수술	L074	1
	단순 요실금 수술	L075	1
208.요로 결석 수술	복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081	4
	신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082	4
	경요도적 요관 결석 수술	L083	2
	방광 및 요도 결석 수술	L084	4
	연성내시경하 수술	L085	2
209.요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091	1
	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
210.신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101	3
	신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102	1
211.요로 질환 수술	경요도 요로 질환 수술	L111	1
	외상 및 감염성 요로 질환수술	L112	1
212.기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120	2
213.기타 신장 및 비뇨기계 시술	혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133	2
	기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134	1
214.방광요도경 시술	방광요도경 시술	L510	1
215.신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520	1
216.신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530	1
217.남성 골반 수술	남성 골반 수술	M010	1
218.전립선 적출술	주요 전립선 적출술	M021	4
	기타 전립선 적출술	M022	3
219.기타 전립선 수술	기타 전립선 수술	M030	1
220.음경 수술	복잡 음경 수술	M041	1
	단순 음경 수술	M042	1
	페이로니 병 수술	M043	1
221.포경수술	포경수술	M050	1
222.요도 수술	주요 요도 수술	M061	1
	단순 요도 수술	M062	1
223.음낭 수술	복잡 음낭 수술	M071	1
	단순 음낭 수술	M072	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
224.고환 수술	복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081	4
	개복에 의한 복잡 고환 수술	M082	4
	단순 고환 수술	M083	1
225.기타 고환 수술 및 생식기 적출술	복강경을 이용한 정계정맥류	M091	4
	개복에 의한 정계정맥류	M092	4
	고환 및 생식기 적출술	M093	6
226.기타 남성생식기계 시술	기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101	4
	기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102	1
227.방광요도경 시술	방광요도경 시술	M500	1
228.자궁 수술 (악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011	6
	개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012	6
229.주요 자궁절제술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021	2
	개복에 의한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N022	2
230.단순 자궁 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031	2
	개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032	2
231.난소 및 부속기 수술 (악성종양의 경우)	복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041	6
	개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042	6
232.난소 수술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051	2
	개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052	2
233.부속기 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061	2
	개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062	2

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
234.자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071	5
	개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072	5
235.자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081	1
	자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082	1
236.기타 골반 수술	복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091	1
	개복에 의한 기타 골반 수술	N092	1
237.주요 여성생식기계 복원술	복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101	1
	개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102	1
238.기타 여성생식기계 복원술	기타 여성생식기계 복원술	N110	1
239.복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 수술	N121	1
240.자궁경 수술	자궁경 수술	N130	1
241.자궁소파술	치료적 자궁소파술	N141	1
242.기타 여성생식기계 수술	복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161	1
	개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162	1
243.여성생식기계 경피적 혈관 수술	여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180	2
244.제왕절개분만(단태아)	일반 제왕절개분만(단태아)	O011	1
	고위험 제왕절개분만(단태아)	O012	1
	질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
245.제왕절개분만(다태아)	질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022	1
	일반 제왕절개분만(다태아)	O023	1
	고위험 제왕절개분만(다태아)	O024	1
246.자궁외 임신 주요 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081	4
	개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082	4
247.자궁외 임신 기타 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091	4
	개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092	4
248.자궁경관봉축술	치료적 자궁경관봉축술	O102	1
249.분만 및 유산 후 관련장애(수술 시행)	분만 및 유산후 관련 장애(수술 시행)	O110	1
250.자궁소파술 및 흡인소파술	자궁소파술 및 흡인소파술	O120	1
251.분만 및 유산 관련 자궁적출술	분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130	2
252.비장 절제술	성인의복강경을이용한비장절제술	Q012	4
	성인의개복에의한비장절제술	Q013	4
253.림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010	4
254.기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020	4
255.다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010	7

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
256.다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 시술	W020	5
257.다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030	5
258.다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040	4
259.하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011	3
	하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012	2
260.수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021	3
	수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022	2
261.기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030	3
262.하지 손상의 기타 수술	하지 손상의 골 및 관절 수술	X041	2
	하지 손상의 기타 수술	X042	1
263.수부 손상의 기타 수술	수부 손상의 골 및 관절 수술	X051	2
	수부 손상의 기타 수술	X052	1
264.기타 손상의 수술	기타 손상의 수술	X060	1
265.중증 화상(피부 이식 동반)	중증 화상(피부 이식 동반)	Y010	5

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
266.중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020	2

주1) 상기의 「수술코드」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 「진단명기준환자군(Diagnosis Related Group, DRG)」분류체계 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

주2) 이 특별약관은「진단명기준환자군(DRG)」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)]을 제외하고 2,3 번째 자리에 해당하는 숫자가 “60”이므로 이 보장하지 않습니다.

② 「진단명기준환자군(DRG)」에서 규정한 “Error DRG” 및 “960 DRG”

- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ “Error DRG”이라 함은 “주진단 범주(MDC)”와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

【예시】
거미막하출혈로 진단받고 경피적심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

-“960 DRG”이라 함은 “Error DRG”는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다. 다만, 통원일 또는 퇴원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는「수술코드」는 보장합니다.

③ <보장대상 수술코드 및 수술종류>에서 정한 수술에 해당하지 않는 사항

※ 이 특별약관에서 수술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전4.4(2021.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급

여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-72호, 2021.3.4.) 에서 정의된 수가코드 및 제8차 한국표준질병·사인분류 (KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG 코드 및 수가코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG 코드 및 수가코드, 분류번호에 준하여 수술코드 및 ADRG를 결정합니다.

【별표-상해·질병2】

아나필락시스 분류표

1. 약관에 규정하는 아나필락시스로 분류되는 상병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대 상 상 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

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-상해·질병3】

1~7종 수술분류표 II

<보장대상 수술코드 및 수술종류>

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
1.간 이식	간 이식	A010	7
2.폐 이식	폐 이식	A020	7
3.심장 이식	심장 이식	A030	7
4.췌장 이식	췌장 이식	A040	7
5.소장 이식	소장 이식	A050	7
6.조혈모세포 이식	조혈모세포 이식, 동종이식	A061	7
	조혈모세포 이식, 자가이식	A062	7
7.신장 이식	신장 이식	A070	7
8.체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술미동반	체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080	5
9.기관절개술	기관절개술(안면,구강,경부 장애의경우), 인공호흡기장기사용	A091	1
	기관절개술(안면,구강,경부 장애의경우), 인공호흡기단기사용	A092	1
	기관절개술(안면,구강,경부 장애의경우), 인공호흡기미사용	A093	1
	기관절개술(안면,구강,경부 장애제외), 인공호흡기장기사용	A094	1
	기관절개술(안면,구강,경부 장애제외), 인공호흡기단기사용	A095	1
	기관절개술(안면,구강,경부 장애제외), 인공호흡기미사용	A096	1
10.사지 이식	사지 이식	A100	7
11.뇌동맥류수술	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011	7
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012	7
	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013	7
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014	7
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015	5
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016	5
	뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017	7
	뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 미동반)	B018	5

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
12.뇌혈관수술	두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021	7
	두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022	7
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023	5
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024	5
	경피적 뇌혈관 수술(협착·폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025	5
	경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026	5
	경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027	5
13.혈종제거술 및 기타 개두술 (외상제외)	혈종제거술(외상 제외)	B031	7
	두개내 감압술(외상 제외)	B032	7
	두개골 성형술(외상 제외)	B033	7
14.두개외 혈관수술	두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041	4
	두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042	4
	경피적 두개외 혈관수술	B043	4
15.뇌기저부 수술	뇌기저부 수술	B050	7
16.뇌종양 절제술	복잡 천막상부 종양절제술	B061	7
	단순 천막상부 종양절제술	B062	7
	복잡 천막하부 종양절제술	B063	7
	단순 천막하부 종양절제술	B064	7
	경피적 뇌신경계 종양 수술	B065	5
	경비적 뇌하수체 종양절제술	B066	7
17.신경계 신경자극기 설치술	신경계 신경자극기 설치술	B070	6
18.뇌전증 수술	뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081	6
	뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082	6
19.정위수술	중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091	5
	중추신경계 정위수술(두개내 출혈)	B092	5
	뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093	5
	뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094	5
	뇌정위 방사선 수술(기타)	B095	5
	중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096	5
20.뇌신경 수술	뇌신경 수술	B100	5
21.뇌척수액 우회로조성술	뇌척수액 우회로조성술	B110	4
22.외상 개두술	혈종제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121	6
	혈종제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122	6
	혈종제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123	6
	두개내 감압술(외상 관련)	B124	7
	두개골 성형술(외상 관련)	B125	7
23.기타 개두술	기타 개두술	B130	6

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
24.천두술	천두술(경막하 또는 경막외)	B141	4
	천두술(뇌내)	B142	4
	천두술(기타)	B143	4
25.척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	B151	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153	5
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154	5
26.척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	B161	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163	5
27.기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	B171	4
	척추고정술(척수병증 미동반)	B172	4
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173	2
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174	2
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175	1
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176	1
28.척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181	1
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182	1
29.신경조절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191	3
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192	1
30.기타 신경계수술	주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201	1
	기타 말초 및 뇌 신경수술	B202	1
	수근관 이완술	B203	1
	기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204	1
	기타 신경계 수술	B205	1
31.복잡 척추수술	복잡 척추고정술	B211	4
	복잡 척추후궁절제술	B212	2
32.안부 관통상 수술	복잡 안부 관통상 수술	C011	1
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012	1
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013	1
	후안부 관통상 수술	C014	1
33.안와 수술	복잡 안와 수술, 한쪽	C021	2
	복잡 안와 수술, 양쪽	C022	2
	단순 안와 수술	C023	2
34.안구 수술 (종양 수술 포함)	안구 수술(종양 수술 포함)	C030	2

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
35.망막 및 유리체 수술	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046	2
36.안구 표면재건술	주요 각막이식수술	C051	2
	기타 각막이식수술	C052	2
	공막 및 각막윤부이식수술	C053	2
37.수정체 소절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061	1
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062	1
	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063	1
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064	1
38.수정체 대절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071	1
	기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072	1
	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073	1
39.후발성 백내장 수술	후발성 백내장 수술	C080	1
40.녹내장 수술	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091	2
	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092	2
	단순 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C093	2
	단순 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C094	2
41.기타 안구내 수술	기타 주요 안구내 수술	C101	1
	기타 단순 안구내 수술	C102	1
42.사시 수술	복잡 사시 수술	C111	1
	단순 사시 수술	C112	1
43.안검 수술	복잡 안검 수술, 제1형	C121	1
	복잡 안검 수술, 제2형	C122	1
	복잡 안검 수술, 제3형	C123	1
	주요 안검 수술, 제1형	C124	1
	주요 안검 수술, 제2형	C125	1
	주요 안검 수술, 제3형	C126	1
	기타 안검 수술	C127	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
44.눈물길 수술	복잡 눈물길 수술	C131	1
	주요 눈물길 수술, 한쪽	C132	1
	주요 눈물길 수술, 양쪽	C133	1
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135	1
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136	1
45.결막 수술	결막낭 재건술	C141	1
	복잡 결막 수술	C142	1
	단순 결막 수술	C143	1
46.기타 안구외수술	기타 안구외 수술	C150	1
47.내이 수술	귀 이식술	D011	5
	주요 내이 수술	D012	3
	단순 내이 수술	D013	2
48.중이 및 유양돌기 수술	고실유양돌기 수술	D021	2
	유양돌기 수술	D022	2
	고실 수술	D023	2
	이소골 재건술	D024	2
	등골 수술	D025	2
	환기관삽입 고막절개술	D026	2
49.외이 및 귀 수술	주요 외이 및 귀 수술	D031	1
	단순 외이 및 귀 수술	D032	1
50.귀 및 코의 악성종양 수술	귀 및 두개저 악성종양 수술	D041	6
	비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042	6
51.부비동개방 수술	부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051	1
	부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052	1
	부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053	1
	부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054	1
52.내시경을 이용한 부비동 수술	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065	1
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067	1
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068	1
53.코 수술	주요 코 수술	D081	1
	비중격 및 비갑개수술	D082	1
	단순 코 수술	D083	1
54.구강 및 타액선 악성종양 수술	구강 및 타액선 악성종양 수술	D090	6
55.후두 및 인두 악성종양 수술	주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체포함)	D101	6
	단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102	6
56.경부림프절 절제술	경부림프절절제술, 한쪽	D111	4
	경부림프절절제술, 양쪽	D112	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
57.안면골 수술	악관절 수술	D121	2
	주요 안면골 수술	D122	2
	단순 안면골 수술	D123	2
58.두경부 재건술	두경부 재건술	D130	2
59.타액선 수술	이하선수술	D141	2
	악하선 및 설하선 수술	D142	2
	기타 타액선 수술	D143	1
	타석제거술	D144	1
60.경부 수술	경부 수술	D150	1
61.편도 및 아데노이드 수술	주요 편도 및 아데노이드 수술	D161	1
	단순 편도 및 아데노이드 수술	D162	1
62.구강,인후두 수술	주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171	1
	단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172	1
63. 구순열 및 구개열 수술	구순열 및 구개열 수술	D180	1
64.기타 이비인후, 구강 질환 수술	기타 이비인후, 구강 질환 수술	D200	1
65.주요 흉부 수술	기관 및 기관지 수술	E011	6
	주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012	6
	주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013	6
	기타 폐 수술	E014	6
	종격동 수술	E015	6
	주요 흉곽 수술	E016	6
	기타 흉곽 수술	E017	3
	흉강경을 이용한 주요 수술	E018	6
	흉강경을 이용한 기타 수술	E019	6
66.기관지경 및 방사선하 수술	기관지경 및 방사선하 수술	E020	2
67.기타 호흡기계 수술	수면무호흡증후군 수술	E032	1
	호흡기계 기타 단순 수술	E033	1
	기타 호흡기계 수술	E034	1
68.폐농양 배액술	폐농양 배액술	E520	1
69.흉막삼출 배액술	흉막삼출 배액술	E530	1
70.자동체내제세동기 시술	자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	F011	5
	자동체내제세동기 교정술	F012	5
71.심장판막 수술(심도자술 사용)	대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021	7
	승모판 혹은 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022	7
	폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023	7
72.심장판막 수술(심도자술 미사용)	대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031	7
	승모판 혹은 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032	7
	폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033	7

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
73.관상동맥 우회로 조성술	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044	7
74.기타 심흉부수술	심장 중격결손증	F051	7
	기타 복잡 심장 기형 교정술	F052	7
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053	6
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054	5
75.주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062	7
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063	7
76.주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 미사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072	7
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073	6
77.대동맥 경피적 수술	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081	4
	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082	4
	흉부대동맥류 경피적 수술	F083	4
	대동맥박리 경피적 수술	F084	4
78.정맥 및 대정맥 경피적 수술	심부정맥혈전증 경피적 수술	F091	4
	대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092	4
79.경도관 심장결손 폐쇄술	경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101	4
	경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102	4
	기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103	4
80.급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112	4
81. 선천성 심장병 협착 질환의 경피적 수술	선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술(스텐트 사용)	F171	4
	경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용)	F172	7
	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술	F173	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
82.급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술 (심각한 합병증 미동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122	4
83.급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136	4
84.부정맥의 경피적 수술 (3차원 지도화 기능 포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F141	4
	심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F142	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F143	4
85.부정맥의 경피적 수술 (3차원 지도화 기능 미포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F151	4
	심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F152	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F153	4
86.경피적 풍선판막성형술	경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161	4
	경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162	4
87.혈관 기형의 경피적 수술	동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181	4
	관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182	4
88.말초동맥의 경피적 수술	말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192	4
	말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193	4
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술(여러 개)	F194	4
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술(한 개)	F195	4
89.기타 경피적 심혈관 수술	기타 경피적 심혈관 수술	F200	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
90.체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	영구적 심박조율기 설치술	F211	5
	영구적 심박조율기 교환술	F212	5
	심박조율기 제거 및 전환술	F213	1
91.기타 혈관 복구 수술	기타 혈관 복구 수술	F220	2
92.순환장애 절단술 (수족부 제외)	순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230	6
93.순환장애 수족부 절단술	순환 장애 수족부 절단술	F240	3
94.정맥 결찰 및 스트리핑	정맥류 국소 절제술	F252	1
	정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253	1
	정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254	1
95.기타 순환기계 수술	기타 순환기계 수술	F260	1
96.식도 수술	식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011	6
	기타 주요 식도 수술	G012	5
	기타 단순 식도 수술	G013	4
97.직장절제술 (림프절절제동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021	6
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022	6
98.직장절제술 (림프절절제미동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031	6
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032	6
99.경항문 및 경천골 접근직장절제술	경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041	6
	경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042	6
100.주요 십이지장 수술	주요 십이지장 수술	G050	6
101.식도 정맥류 수술	식도 정맥류 수술	G060	5
102.위전절제술	복강경을 이용한 위전절제술	G071	6
	개복에 의한 위전절제술	G072	6
103.위아전절제술	복강경을 이용한 위아전절제술	G081	6
	개복에 의한 위아전절제술	G082	6
104.기타 위절제술	복강경을 이용한 기타 위절제술	G091	5
	개복에 의한 기타 위절제술	G092	5
	복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093	5
	개복에 의한 기타 설상절제술	G094	5
105.소화성 궤양 수술	복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101	4
	개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
106.기타 위 및 식도 수술	복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111	4
	개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112	4
107.결장 및 직장전 절제술	복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121	6
	개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122	6
108.결장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131	6
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132	6
109.결장절제술(림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141	5
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142	5
110.기타 대장 수술	복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151	4
	개복에 의한 기타 대장 수술	G152	4
111. 선천성 결장 및 직장항문 기형 수술	선천성 거대결장 및 장무공증 수술	G161	6
	주요 직장항문 기형 수술	G162	6
	기타 직장항문 기형 수술	G163	3
112.소장 및 장간막 수술	복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171	5
	개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172	5
	장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173	3
113.장루 수술	장루 수술	G180	3
114.횡격막 탈장 수술	횡격막 탈장 수술	G190	4
115.탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G202	1
	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204	1
116.충수절제술	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211	3
	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212	3
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213	3
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214	3

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
117.재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221	1
	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224	1
118.서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230	1
119.복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반)	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241	1
	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242	1
120.개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반)	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253	1
121.복수 항문 수술	복수 항문 수술	G260	1
122.치핵 수술	주요 치핵 수술	G271	1
	단순 치핵 수술	G272	1
123.항문 주위 농양 수술	주요 항문 주위 농양 수술	G281	1
	단순 항문 주위 농양 수술	G282	1
124.치루 수술	주요 치루 수술	G291	1
	단순 치루 수술	G292	1
125.치열 수술 및 항문협착증 수술	치열 수술 및 항문협착증 수술	G300	1
126.경항문 및 질접근 수술	직장 질루 수술	G311	1
	직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312	1
127.화농성한선염 수술	화농성한선염 수술	G320	1
128.기타 소화기계 수술	기타 소화기계 수술	G332	1
129.소화기계 질환의 혈관색전술	소화기계 질환의 혈관색전술	G340	3
130.위내시경 시술	위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503	1
	위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504	1
	위내시경 시술, 당일퇴원	G505	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
131.결장경 시술	결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523	1
	결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524	1
	결장경 시술, 당일퇴원	G525	1
132.구불결장경 시술	구불결장경 시술	G531	1
	구불결장경 시술, 당일퇴원	G532	1
133.소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	G540	1
134.소장내시경 시술	소장내시경 시술	G550	1
135.소화관 협착을 위한 방사선하 시술	소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560	2
136.소화기계 질환의 경피적 배액술	소화기계 질환의 경피적 배액술	G570	2
137.간담도췌장 복합수술	간담도췌장 복합수술	H010	6
138.간담도 복합수술	주요 간담도 복합수술	H021	6
	기타 간담도 복합수술	H022	5
139.담도췌장 복합수술	담도췌장 복합수술	H030	6
140.간 절제술	복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041	6
	개복에 의한 주요 간 절제술	H042	6
	복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043	5
	개복에 의한 기타 간 절제술	H044	5
141.간 수술	복강경을 이용한 간 수술	H051	4
	개복에 의한 간 수술	H052	4
142.간담도계 질환 치료를 위한 단락술	간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060	4
143.담도 절제술(림프절 절제 동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071	6
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072	6
144.담도 절제술(림프절 절제 미동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081	5
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082	5
145.주요 담도 수술	복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091	5
	개복에 의한 주요 담도 수술	H092	5

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
146.담낭절제술	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105	4
	개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108	4
147.췌장절제술	복강경을 이용한 췌장절제술	H111	6
	개복에 의한 췌장절제술	H112	6
148.췌장 수술	복강경을 이용한 췌장 수술	H121	4
	개복에 의한 췌장 수술	H122	4
149.기타 간담도 및 췌장 시술	역행성담췌관내시경 시술	H142	3
	담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143	1
	기타 간담도 및 췌장 수술	H144	3
	경피적 담관경 시술	H145	3
	경피적 담관 시술	H146	3
150.간담도 및 췌장의 경피적 시술	경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152	3
	담도협착을 위한 경피적 시술	H154	3
	담석제거를 위한 경피적 시술	H155	3
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156	5
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157	5
151.출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500	1
152.간암의 경피적 치료술	간암의 경피적 치료술	H510	5
153.간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520	3

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
154.양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011	4
	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012	3
155.고관절 재치환술 및 치환술	고관절 전재치환술	I021	4
	고관절 전치환술	I022	4
	고관절 부분치환술	I023	4
156.슬관절 재치환술 및 치환술	슬관절 전재치환술	I031	3
	슬관절 전치환술	I032	3
	슬관절 부분치환술	I033	3
157.기타 관절 재치환술 및 치환술	기타 관절 전재치환술	I041	2
	기타 관절 전치환술	I042	2
	기타 관절 부분치환술	I043	2
	인공관절삽입술 제거술	I044	2
158.혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050	4
159.척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	I061	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063	5
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064	5
160.척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	I071	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073	5
161.기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 동반)	I081	4
	척추고정술(척수병증 미동반)	I082	4
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083	2
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084	2
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085	1
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086	1
162.척추 중재	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091	1
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092	1
163.신경조절술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101	3
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102	1
164.절단술	주요 절단술	I111	6
	기타 절단술	I112	3

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
165.골종양의 절제술	골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121	6
	골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122	6
	골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123	6
	골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124	2
166.골수염 및 농양 수술	골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131	2
	골수염 및 농양 수술(기타)	I132	1
	근농양 배농술	I133	1
167.고관절 및 대퇴부 수술	양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141	3
	한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142	2
168.상완골, 경골 및 비골 수술	상완골, 경골 및 비골 수술	I160	2
169.단단성형술	단단성형술(수족지 제외)	I171	2
	단단성형술(수족지)	I172	2
170.견부 수술	회전근개 수술	I181	1
	관절와순 수술	I182	1
	복수 진단 견부 수술	I183	1
	기타 견부 수술	I184	1
171.슬부 수술	십자인대 수술	I191	1
	반달연골 수술, 양쪽	I192	1
	반달연골 수술, 한쪽	I193	1
	기타 슬관절 수술	I194	1
172.주관절 및 전완부 수술	주관절 및 전완부 수술	I200	1
173.족부 및 족관절 수술	족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211	1
	족관절 골연골 병변 수술	I212	1
	기타족부 및 족관절 수술	I213	1
174.체내고정장치 제거술	체내고정장치 제거술	I220	1
175.완관절 및 수부 수술	주요 완관절 및 수부 수술	I251	1
	단순 완관절 및 수부 수술	I252	1
176.미세혈관 조직이식 또는 피부이식	미세혈관 조직이식	I261	3
	기타 피판술	I262	2
	피부 및 지방 이식술	I263	2
177.연조직 수술	복잡한 연조직 수술	I271	1
	주요 연조직 수술	I272	1
	단순 연조직 수술	I273	1
178.기타 골절 수술	골반 및 비구 골절 수술	I281	3
	대퇴부 골절 수술	I282	3
	슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283	3
	족관절 및 족부 골절 수술	I284	2
	견부 및 상완골 골절 수술	I285	3
	전완부 골절 수술	I286	2
	수부 골절 수술	I287	1
179.기타 결합조직 수술	기타 결합조직 수술	I290	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
180.복잡 인공관절 치환술	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301	4
	복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303	2
	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305	2
	복잡 인공관절부분치환술	I306	3
181.복잡 척추수술	복잡 척추고정술	I311	4
	복잡 척추후궁절제술	I312	2
182.복잡 관절 수술	복잡 사지골절정복술	I321	2
	복잡 관절고정술	I322	2
	복잡 사지관절절제술	I323	1
	복잡 가관절수술	I324	2
	복잡 반월판연골절제술	I325	1
183.복잡 근골격계 염증성 질환 수술	복잡 화농성관절염절개술	I331	1
	복잡 골수염 및 농양수술	I332	1
184.근골격계 질환의 경피적 배액술	근골격계 질환의 경피적 배액술	I500	1
185.피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010	3
186.피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염의 경우)	피판술(피부궤양, 봉소염의경우)	J021	2
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022	2
187.피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염 제외)	피판술(피부궤양, 봉소염제외)	J031	2
	피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032	2
188.기타 피부, 피하조직수술	피부 및 연조직 악성종양 절제술	J041	4
	피부 및 연조직 수술	J042	1
	기타 피부, 피하조직수술	J043	1
189.유방재건술	자가조직을 이용한 유방재건술	J051	3
	보형물을 이용한 유방재건술	J052	3
190.주요 유방 수술	근치 유방절제술	J061	6
	유방절제술(악성종양의 경우)	J062	6
	유방절제술(악성종양 제외)	J063	2
191.단순 유방 수술	진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071	1
	절개에 의한 단순 유방 수술	J072	1
192.액와 수술	액와 수술(악성종양의 경우)	J081	4
	액와 수술(악성종양 제외)	J082	1
193.기타 유방 및 액와 수술	기타 유방 및 액와 수술	J090	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
194.항문 주위 및 모소 수술	항문 주위 및 모소 수술	J100	1
	교감신경절제술	J110	2
195.내분비, 영양 및 대사장애 절단술	내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011	6
	내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012	3
196.뇌하수체 수술	천막상부 종양 절제술	K021	7
	복잡 경비적 뇌하수체 종양 절제술	K023	7
	단순 경비적 뇌하수체 종양 절제술	K024	7
197.부신 수술	복강경을 이용한 부신 수술	K031	4
	개복에 의한 부신 수술	K032	4
198.내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처 변연절제술	내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041	2
	내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042	2
	내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043	2
199.부갑상선 수술	내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051	2
	절개에 의한 부갑상선 수술	K052	2
200.주요 갑상선 악성 종양 수술	주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063	4
	주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064	4
201.주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075	2
	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076	2
202.기타 갑상선 수술	기타 갑상선 수술	K080	1
203.기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	복강경을 이용한 비만대사수술	K091	1
	개복에 의한 비만대사수술	K092	1
	기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490	1
204.복막투석 도관 삽입술	복막투석 도관 삽입술	L010	2
205.신장 및 비뇨기계 신생물 수술	주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021	6
	기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022	6
	주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023	6
	기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024	5
	경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025	4
	전립선 신생물 수술	L026	4
	복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027	6
206.신장 및 신우 수술	복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031	4
	개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032	4
	경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033	3
	경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034	3

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
207.요관 수술	요관 수술	L040	2
208.방광 수술	개복에 의한 방광 수술	L051	4
	경피적 방광 수술	L052	2
	경요도 방광 수술	L053	1
209.전립선 수술	전립선 수술	L060	2
210.요도 수술	주요 요도 수술	L071	1
	요도경하 요도 수술	L072	1
	기타 요도 수술	L073	1
	복잡 요실금 수술	L074	1
	단순 요실금 수술	L075	1
211.요로 결석 수술	복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081	4
	신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082	4
	경요도적 요관 결석 수술	L083	2
	방광 및 요도 결석 수술	L084	4
	연성내시경하 수술	L085	2
212.요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091	1
	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092	1
213.신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101	3
	신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102	1
214.요로 질환 수술	경요도 요로 질환 수술	L111	1
	외상 및 감염성 요로 질환수술	L112	1
	선천성 요로 질환 수술	L113	6
215.기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120	2
216.기타 신장 및 비뇨기계 시술	혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133	2
	기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134	1
217.방광요도경 시술	방광요도경 시술	L510	1
218.신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520	1
219.신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530	1
220.남성 골반 수술	남성 골반 수술	M010	1
221.전립선 적출술	주요 전립선 적출술	M021	4
	기타 전립선 적출술	M022	3
222.기타 전립선 수술	기타 전립선 수술	M030	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
223.음경 수술	복잡 음경 수술	M041	1
	단순 음경 수술	M042	1
	페이로니 병 수술	M043	1
224.포경수술	포경수술	M050	1
225.요도 수술	주요 요도 수술	M061	1
	단순 요도 수술	M062	1
226.음낭 수술	복잡 음낭 수술	M071	1
	단순 음낭 수술	M072	1
227.고환 수술	복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081	4
	개복에 의한 복잡 고환 수술	M082	4
	단순 고환 수술	M083	1
228.기타 고환 수술 및 생식기 적출술	복강경을 이용한 정계정맥류	M091	4
	개복에 의한 정계정맥류	M092	4
	고환 및 생식기 적출술	M093	6
229.기타 남성생식기계 시술	기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101	4
	기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102	1
230.방광요도경 시술	방광요도경 시술	M500	1
231.자궁 수술 (악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011	6
	개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012	6
232.주요 자궁절제술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021	2
	개복에 의한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N022	2
233.단순 자궁 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031	2
	개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032	2
234.난소 및 부속기 수술 (악성종양의 경우)	복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041	6
	개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042	6
235.난소 수술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051	2
	개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052	2
236.부속기 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061	2
	개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062	2
237.자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071	5
	개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072	5

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
238.자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081	1
	자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082	1
239.기타 골반 수술	복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091	1
	개복에 의한 기타 골반 수술	N092	1
240.주요 여성생식기계 복원술	복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101	1
	개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102	1
241.기타 여성생식기계 복원술	기타 여성생식기계 복원술	N110	1
242.복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 수술	N121	1
243.자궁경 수술	자궁경 수술	N130	1
244.자궁소파술	치료적 자궁소파술	N141	1
245.기타 여성생식기계 수술	복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161	1
	개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162	1
246.여성생식기계 경피적 혈관 수술	여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180	2
247.제왕절개분만(단태아)	일반 제왕절개분만(단태아)	O011	1
	고위험 제왕절개분만(단태아)	O012	1
	질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013	1
248.제왕절개분만(다태아)	질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	O022	1
	일반 제왕절개분만(다태아)	O023	1
	고위험 제왕절개분만(다태아)	O024	1
249.자궁외 임신 주요 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	O081	4
	개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	O082	4
250.자궁외 임신 기타 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	O091	4
	개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	O092	4
251.자궁경관봉축술	치료적 자궁경관봉축술	O102	1
252.분만 및 유산 후 관련 장애(수술 시행)	분만 및 유산후 관련 장애(수술 시행)	O110	1
253.자궁소파술 및 흡인소파술	자궁소파술 및 흡인소파술	O120	1
254.분만 및 유산 관련 자궁적출술	분만 및 유산 관련 자궁적출술	O130	2

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
255.비장 절제술	성인의복강경을이용한비장절제술	Q012	4
	성인의개복에의한비장절제술	Q013	4
256.림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010	4
257.기타 신생물 질환 (주요 수술 시행)	기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020	4
258.다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010	7
259.다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 시술	W020	5
260.다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030	5
261.다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040	4
262.하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011	3
	하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012	2
263.수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021	3
	수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022	2
264.기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030	3
265.하지 손상의 기타 수술	하지 손상의 골 및 관절 수술	X041	2
	하지 손상의 기타 수술	X042	1
266.수부 손상의 기타 수술	수부 손상의 골 및 관절 수술	X051	2
	수부 손상의 기타 수술	X052	1
267.기타 손상의 수술	기타 손상의 수술	X060	1
268.중증 화상 (피부 이식 동반)	중증 화상(피부 이식 동반)	Y010	5
269.중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020	2

주1) 상기의 「수술코드」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 「진단명기준환자군(Diagnosis Related Group, DRG)」분류체계 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

주2) 이 특별약관은「진단명기준환자군(DRG)」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)]을 제외하고 2,3 번째 자리에 해당하는 숫자가 “60”이므로 이 보장하지 않습니다.

② 「진단명기준환자군(DRG)」에서 규정한 “Error DRG” 및 “960 DRG”

- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ “Error DRG”이라 함은 “주진단 범주(MDC)”와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

【예시】
거미막하출혈로 진단받고 경피적심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

-“960 DRG”이라 함은 “Error DRG”는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다. 다만, 통원일 또는 퇴원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는「수술코드」는 보장합니다.

③ <보장대상 수술코드 및 수술종류>에서 정한 수술에 해당하지 않는 사항

※ 이 특별약관에서 수술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전4.4(2021.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-72호, 2021.3.4.) 에서 정의된 수가코드 및 제8차 한국표준질병·사인분류 (KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG 코드 및 수가코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG 코드 및 수가코드, 분류번호에 준하여 수술코드 및 ADRG를 결정합니다.

【별표1】

특정신체부위・질병 분류표

- 【별표1-1】 특정신체부위 분류표

구분	특정신체부위
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자) 및 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)

구분	특정신체부위
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상・하악골(위턱뼈・아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

- 【별표1-2】 특정질병 분류표

1. 약관에 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 정하는 특정질병 해당여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호	항목명
51	척추 질환 (경추, 흉추, 요추, 천추, 미추 부위의 척추 질환)	M40	척추후만증 및 척추전만증
		M41	척주측만증
		M42	척추골연골증
		M43	기타 변형성 등병증
		M45	강직성 척추염
		M46	기타 염증성 척추병증
		M47	척추증
		M48	기타 척추병증
		M49	달리 분류된 질환에서의 척추병증
		M50	경추간판장애
		M51	기타 추간판 장애
		M53	달리 분류되지 않은 기타 등병증
		M54	등통증
52	연골증, 관절증, 관절염	M00	화농성 관절염
		M01	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염
		M02	반응성 관절병증
		M03	달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증
		M05	혈청검사양성 류마티스관절염
		M06	기타 류마티스 관절염
		M07	건선성 및 장병성 관절병증
		M08	연소성 관절염
		M09	달리 분류된 질환에서의 연소성 관절염
		M10	통풍
		M11	기타 결정 관절병증
		M12	기타 특이성 관절병증
		M13	기타 관절염
		M14	달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근중관절의 관절증
		M19	기타 관절증
		M93	기타 골연골병증

구분	대상질병	분류번호	항목명
		M94	연골의 기타 장애
53	심장질환	I00	심장 침범에 대한 언급이 없는 류마티스열
		I01	심장 침범이 있는 류마티스 열
		I02	류마티스 무도병
		I05	류마티스성 승모판질환
		I06	류마티스성 대동맥판질환
		I07	류마티스성 삼첨판질환
		I08	다발 판막 질환
		I09	기타 류마티스 심장 질환
		I20	협심증
		I21	급성 심근경색증
		I22	후속심근경색증
		I23	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증
		I24	기타 급성 허혈심장질환
		I25	만성 허혈심장병
		I26	폐 색전증
		I27	기타 폐성 심장 질환
		I28	폐혈관의 기타 질환
		I30	급성 심장막염
		I31	심장막의 기타 질환
		I32	달리 분류된 질환에서의 심장막염
		I33	급성 및 아급성 심내막염
		I34	비류마티스성 승모판장애
		I35	비류마티스성 대동맥판장애
		I36	비류마티스성 삼첨판장애
		I37	폐동맥판 장애
		I38	상세불명 판막의 심내막염
		I39	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애
		I40	급성 심근염
		I41	달리 분류된 질환에서의 심근염
		I42	심근병증
		I43	달리 분류된 질환에서의 심근병증
		I44	방실 차단 및 좌각 차단
		I45	기타 전도 장애
		I46	심장정지
		I47	발작성 빈맥
		I48	심방 세동 및 조동
		I49	기타 심장부정맥
		I50	심부전
		I51	심장병의 불명확한 기록 및 합병

구분	대상질병	분류번호	항목명
			증
		I52	달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애
54	뇌혈관 질환	I60	거미막하출혈
		I61	뇌내출혈
		I62	기타 비외상성 두개내 출혈
		I63	뇌경색증
		I64	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중
		I65	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착
		I66	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착
		I67	기타 뇌혈관 질환
		I68	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애
		I69	뇌혈관 질환의 후유증
		G45	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군
		G46	뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군
55	고혈압	I10	본태성(원발성) 고혈압
		I11	고혈압성 심장병
		I12	고혈압성 신장병
		I13	고혈압성 심장 및 신장병
		I15	이차성 고혈압
56	당뇨병	E10	1형 당뇨병
		E11	2형 당뇨병
		E12	영양실조-관련 당뇨병
		E13	기타 명시된 당뇨병
		E14	상세불명의 당뇨병
		O24	임신중 당뇨병
57	결핵	A15	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵
		A16	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵
		A17	신경계통의 결핵
		A18	기타 기관의 결핵
		A19	좁쌀 결핵
58	하지정맥류	I80	정맥염 및 혈전정맥염
		I83	하지의 정맥류
		I87	정맥의 기타 장애
59	자궁내막증	N80	자궁내막증
60	골반염	N70	난관염 및 난소염

구분	대상질병	분류번호	항목명
		N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
		N72	자궁경부의 염증성 질환
		N73	기타 여성 골반 염증성 질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반 염증 장애
61	요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
		N21	하부 요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
		N23	상세불명의 신장 급통증
62	고지혈증	E78	지질단백질 대사장애 및 기타 지질증
63	임신중독증	O11	만성 고혈압에 겹친 전자간
		O12	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발] 부종 및 단백뇨
		O13	임신[임신-유발]고혈압
		O14	전자간
		O15	자간
64	자궁근종	D25	자궁의 평활근종
65	암	C00~C14	입술, 구강 및 인두의 악성신생물
		C15~C26	소화기관의 악성신생물
		C30~C39	호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물
		C40~C41	골 및 관절연골의 악성신생물
		C43	피부의 악성 흑색종
		C45~C49	중피성 및 연조직의 악성신생물
		C50	유방의 악성신생물
		C51~C58	여성 생식기관의 악성 신생물
		C60~C63	남성 생식기관의 악성 신생물
		C64~C68	요로의 악성 신생물
		C69~C72	눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물
		C74	부신의 악성신생물
		C75	기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물
		C76~C80	불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물
		C81~C96	림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물
		C97	독립된(원발성) 여러 부위의 악성

구분	대상질병	분류번호	항목명
			신생물
		D45	진성 적혈구증가증
		D46	골수 형성이상 증후군
		D47.1	만성 골수증식 질환
		D47.3	본태성(출혈성) 혈소판혈증
		D47.4	골수섬유증
		D47.5	만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]
66	담석증	K80	담석증
67	골관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청검사 양성 류마티스 관절염
		M06	기타 류마티스 관절염
		M08	연소성 관절염
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근중수관절의 관절증
		M19	기타 관절증
68	통풍	E79	퓨린 및 피리미딘 대사 장애
		M10	통풍
69	사시	H49	마비성 사시
		H50	기타 사시
		H51	양안운동의 기타 장애
70	백내장	H25	노년 백내장
		H26	기타 백내장
		H27	수정체의 기타 장애
71	탈장 (음낭수종 포함)	K40	사타구니 탈장
		K41	대퇴 탈장
		K42	배꼽 탈장
		K43	복벽 탈장
		K44	횡경막 탈장
		K45	기타 복부탈장
		K46	상세불명의 복부탈장
		N43	음낭수종 및 정액류
72	복막의 질환	K65	복막염
		K66	복막의 기타 장애
		K67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애
73	골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
		M81	병적 골절이 없는 골다공증
		M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
74	천식	J45	천식
		J46	천식지속 상태
75	유산	N96	습관적 유산자
		O00	자궁외 임신

구분	대상질병	분류번호	항목명
		O01	포상기태
		O02	기타 비정상적 수태부산물
		O03	자연 유산
		O04	의학적 유산
		O05	기타 유산
		O06	상세불명의 유산
		O07	시도된 유산의 실패
		O08	유산, 자궁외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증
		O20	초기 임신중 출혈

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 정하는 특정질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 정하는 특정질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 정하는 특정질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

기타 제도성 특별약관

출생전자녀가입 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

용어	정의
태아	계약을 체결할 때에 출생하지 않은 자(자녀)로 피보험자가 될 자를 말합니다.
임신부	제1호의 태아를 임신하고 있는 여성을 말합니다.
출생일	피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본에 기재된 출생일로서 주민등록번호 앞의 6자리를 기준으로 합니다. 다만, 계약자가 제4조(출생통지)에 의한 출생통지를 하지 않은 경우 청약서에 기재된 출생예정일을 출생일로 합니다.
출생예정일	계약체결시 청약서에 기재된 출생예정일 또는 임신 주수를 기준으로 계산된 출생예정일을 말합니다.
태아보장기간	계약체결일로부터 출생시점(출산 또는 분만 과정에서 보험금 지급사유가 발생하는 경우 포함)까지의 기간을 말합니다.
태아위험보장	태아보장기간에 대한 보험료를 추가로 납입하고 태아보장기간동안 발생한 위험을 보장하는 것을 말합니다. 따라서, 태아보장기간 이후에도 태아보장기간 중에 발생한 위험을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에도 보험금을 지급합니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보통약관의 계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.

2 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제1절 일반조항 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일에 시작하여 제4조(출생통지)에서 정한 출생통지를 한 날까지 적용됩니다.

3 회사는 보통약관 제1절 일반조항 제19조(보험계약의 성립) 제2항에도 불구하고, 태아에 대한 청약 승낙여부를 판단하기 위하여 임신부의 가입연령 및 건강상태, 직무 등을 확인할 수 있습니다.

4 회사는 제3항에 따라 승낙을 거절하거나, 별도의 조건(보험가입금액의 제한, 일부보장 제외, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

5 보통약관이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게

된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(피보험자의 범위)
1 이 특별약관은 보통약관의 계약을 체결할 때 피보험자로 될 자가 태아인 계약에 대하여 적용합니다.
2 제1항의 태아는 출생을 조건으로 보험계약 체결 시점에 소급하여 피보험자가 됩니다.

제4조(출생통지)
1 계약자는 태아가 출생한 경우에는 지체없이 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
① 통지서(회사양식)
② 피보험자의 가족관계증명서 또는 주민등록등본
③ 보험증권
2 회사는 제1항의 알림이 있는 경우 다음 각 호의 사항을 확정합니다.
① 피보험자의 성별
② 출생일
③ 출생일 기준의 태아보장기간 및 출생일 이후의 보험기간 및 납입기간
3 회사는 제1항 및 제2항의 확정이 있는 경우에는 보험증권에 기재하여 드립니다.

제5조(유산 또는 사산 등)
1 태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우에는 이 특별약관을 무효로 합니다.
2 계약자는 제1항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
① 통지서(회사양식)
② 의사 또는 조산사의 유산, 사산 등을 증명하는 서류
③ 보험증권
④ 최종보험료 영수증
3 회사는 제2항의 알림이 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제6조(복수출생의 경우)
1 태아가 복수로 출생한 경우 계약자는 출생아 각각을 피보험자로 지정할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.
2 제1항의 피보험자가 출생한 날부터 1년이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자가 사망한 날부터 1개월 이내에 한하여 동시에 출생한

자 가운데 피보험자로 지정되지 않은 1인을 새로운 피보험자로 할 수 있습니다.

3 계약자가 제2항의 변경을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 새로 피보험자로 될 자의 가족관계증명서 또는 주민등록등본

③ 보험증권

4 제2항의 변경을 회사가 승인할 때에는 원래의 피보험자의 사망시로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 회사는 그 때부터 변경 후의 피보험자에 대해서 계약상의 책임을 집니다.

5 제1항 및 제2항까지의 경우에는 보험증권에 기재하여 드립니다.

6 제2항의 피보험자 변경이 이루어진 경우에는 변경 전 피보험자에 대한 사망보험금이 지급되지 않습니다.

7 계약자가 원래의 피보험자를 고의로 사망하게 한 경우에는 제2항의 피보험자 변경을 하지 않습니다.

8 계약자는 제1항에 의해 지정된 피보험자 각각의 보험료를 납입하여야 합니다.

제7조(보험나이 등의 계산 및 특례)

1 보통약관 제1절 일반조항 제24조(보험나이 등)에서 적용하는 피보험자의 보험나이는 출생일에 0세로 합니다.

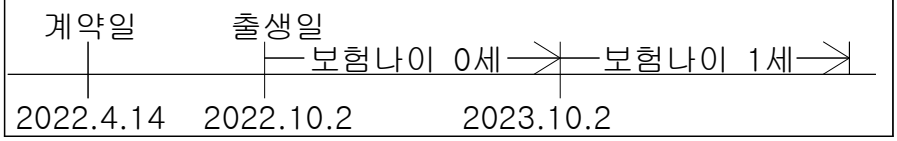
2 이 계약의 계약해당일은 태아보장기간에는 최초계약일을 기준으로 하고, 출생일 이후에는 출생일을 기준으로 합니다.

【보험나이 계산 예시】

현재(계약일) : 2022년 4월 14일

출생예정일 : 2022년 10월 5일

출생일 : 2022년 10월 2일



【계약해당일】

출생일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 태아가 출생하기 전에는 최초계약일과 동일한 월, 일을 적용합니다.

예시) 출생일 : 2022년 10월 1일 -> 계약해당일 : 10월 1일

출생일 : 2020년 2월 29일 -> 계약해당일 : 2월 말일

제8조(보험료의 적용에 관한 사항)

1 계약체결시 피보험자가 태아일 경우 태아보장기간에 태아위험보장을 위한 보장보험료를 적용합니다. 이 경우 남자 태

아보장기간 보장보험료의 합계액과 여자 태아보장기간 보장보험료의 합계액 중 높은 보험료를 기준으로 적용합니다.
2 출생일이 도래한 경우 차회 이후의 보장보험료는 보험나이 0세 기준으로 변경하여 적용합니다. 이 경우 최초계약일의 보험요율을 적용하며, 남자 보장보험료의 합계액과 여자 보장보험료의 합계액 중 높은 보험료를 기준으로 적용합니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고, 제4조(출생통지) 제2항의 확정이 있는 경우 제9조(보험료 정산에 관한 사항)에 따라 보험료 정산이 발생할 수 있습니다.

제9조(보험료 정산에 관한 사항)
1 계약자가 제4조(출생통지) 제2항에서 확정한 내용이 다음에 해당하는 경우에는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경된 보험료로 정산합니다.
① 계약체결시 적용한 성별과 출생시 성별이 다른 경우
② 계약체결시 청약서에 기재한 출생예정일과 출생일이 다른 경우
2 제1항에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.
3 제2항의 회사가 지급하여야 할 금액 또는 계약자가 납입하여야할 금액은 제1항에 따라 계산된 정산보험료와 이에 대한 이자(정산보험료를 정산일까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 더한 금액으로 합니다.
4 제1항에 따라 보험료를 정산한 이후에 보험료가 변경될 경우 계약자는 변경된 보험료를 납입하여야 합니다.

【보험료 정산예시】
출생예정일 : 계약일 + 6개월
태아등록(출생일확정)일 : 계약일 + 1년 (총 12회 납입)
보험료(월납) : 태아 100원/ 출생후 10,000원

구분	출생예정일 1개월 전 출산	출생예정일 1개월 후 출산
납입보험료	60,600원 (6회×100원 + 6회×10,000원)	
필요보험료	70,500원 (5회×100원 + 7회×10,000원)	50,700원 (7회×100원 + 5회×10,000원)
정산금액	9,900원 추징	9,900원 환급

제10조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항 및 해당 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제1절 일

반조항 제9조(적립부분 적립이율에 관한 사항), 제10조(만기환급금의 지급), 제10조의1(태아보장기간 적립환급금의 지급), 제38조(중도인출) 및 제39조(적립부분 해지환급금 전액인출에 관한 사항)은 제외합니다.

피보험자추가보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

1 이 특별약관에 따라 보통약관에서의 피보험자는 피보험자 본인과 본인의 형제・자매 중 보험증권에 기재된 사람을 피보험자로 합니다.

2 제1항에도 불구하고 피보험자가 출생전자녀(태아)인 경우 다태아를 제외한 형제・자매는 피보험자로 추가할 수 없습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

자동갱신 특별약관

제1조(특별약관의 적용)

1 이 특별약관은 내Mom같은 베이비보험2206 특별약관 중 자동갱신 적용대상 특별약관(이하「자동갱신 적용대상 계약」이라 합니다)의 자동갱신에 대하여 회사와 계약자간에 합의가 되었을 경우에 적용합니다.

2 제1항의 자동갱신 적용대상 특별약관(이하「자동갱신 적용대상 특별약관」이라 합니다)이라 함은 아래의 특별약관을 말합니다.

【자동갱신 적용대상 특별약관】

- 갱신형 질병후유장해(3~100%)보장 특약
- 갱신형 뇌혈관질환진단비보장 특약
- 갱신형 뇌혈관질환진단비보장(태아가입용) 특약
- 갱신형 허혈성심장질환진단비보장 특약
- 갱신형 뇌혈관질환수술비보장 특약
- 갱신형 허혈성심장질환수술비보장 특약
- 갱신형 골절진단비Ⅱ보장 특약
- 갱신형 골절(치아파절 제외)진단비Ⅱ보장 특약
- 갱신형 상해수술비보장 특약
- 갱신형 상해수술비Q보장 특약
- 갱신형 일반상해입원일당(1일이상)보장 특약
- 갱신형 질병입원일당(1일이상)보장 특약
- 갱신형 질병입원일당(1일이상)Q보장 특약
- 갱신형 일반상해중환자실 입원일당(1일이상)보장 특약
- 갱신형 질병중환자실 입원일당(1일이상)보장 특약
- 갱신형 질병중환자실 입원일당(1일이상)Q보장 특약
- 갱신형 암진단비(유사암제외)보장 특약
- 갱신형 유사암진단비보장 특약
- 갱신형 뇌졸중진단비보장 특약
- 갱신형 뇌졸중진단비보장(태아가입용) 특약
- 갱신형 급성심근경색증진단비보장 특약
- 갱신형 항암방사선약물치료비보장 특약
- 갱신형 16대특정암진단비보장 특약
- 갱신형 암수술비(유사암제외)보장 특약
- 갱신형 유사암수술비보장 특약
- 갱신형 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)보장 특약
- 갱신형 질병수술비보장 특약
- 갱신형 질병수술비Q보장 특약
- 갱신형 질병수술비(특정5대질병 제외)보장 특약
- 갱신형 질병수술비(특정5대질병 제외)Q보장 특약

· 갱신형 131대질병수술비보장 특약 · 갱신형 32대질병관혈수술비(연간1회한)보장 특약 · 갱신형 5대질환수술비(Ⅱ)(연간1회한)보장 특약 · 갱신형 신골절치료비(치아파절포함)보장 특약 · 갱신형 신깁스치료비보장 특약 · 갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)[상해]보장 특약 · 갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)[질병]보장 특약 · 갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)(태아고급형)[상해]보장 특약 · 갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)(태아고급형)[질병]보장 특약

제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)

1 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 자동갱신 적용대상 계약(이하「갱신전 보장계약」이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 자동갱신 적용대상 계약(이하「갱신보장계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 보통약관 제1절 일반조항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료되었을 것

2 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 보장계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제3조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신보장계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신대상 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제4조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 보장계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신보장계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 보장계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신보장 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제5조(자동갱신 적용대상 계약의 보장개시)

제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우 갱신보장계약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

계약전환 특별약관

제1조(특별약관의 적용)

1 이 특별약관은 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 「이미 체결되어 있는 유효한 무배당 내Mom같은 베이비보험2206 1형(해지환급금 지급형) 보험계약」(이하「전환전계약」이라 합니다)의 계약자가 제2조(계약전환 안내)에서 정한 안내를 받고 전환전계약의 보험기간 종료일 이전까지 계약전환을 신청한 경우에 한하여, 전환전계약의 보험기간 종료시점에「80세만기, 90세만기 또는 100세만기로 전환하는 무배당 내Mom같은 베이비보험2206 보험계약」(이하「전환후계약」이라 합니다)으로 계약전환을 신청하는 경우에 한하여 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 한하여 전환후계약으로 전환 가능합니다.

① 전환전계약의 피보험자 보험계약 종료나이가 보험나이 25세 또는 30세이며, 전환전계약 보험기간 종료시까지 유효한 계약

② 전환전계약의 보통약관 보험기간을 25세, 30세만기로 체결되어 있는 계약

③ 전환전계약 최초가입시「계약전환 특별약관」을 가입한 경우에 한함

3 제1항 및 제2항에 따라 전환하여 가입할 수 있는 기본계약 및 특별약관은 아래와 같습니다.

【계약전환 가능보장】
· 기본계약(일반상해사망)
· 일반상해후유장해(3~100%)보장 특약
· 일반상해입원일당(1일이상)보장 특약
· 질병입원일당(1일이상)보장 특약
· 질병입원일당(1일이상)Q보장 특약
· 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)보장 특약
· 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도)보장 특약
· 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 60일한도)보장 특약
· 상해수술비보장 특약
· 상해수술비Q보장 특약
· 질병수술비보장 특약
· 질병수술비Q보장 특약
· 암수술비(유사암제외)보장 특약
· 유사암수술비보장 특약
· 암진단비(유사암제외)보장 특약
· 암진단비(유사암 및 소액암 제외)보장 특약
· 유사암진단비보장 특약

· 뇌졸중진단비보장 특약
· 급성심근경색증진단비보장 특약
· 양성뇌종양진단비Ⅱ보장 특약
· 항암방사선약물치료비보장 특약
· 골절(치아파절 제외)진단비Ⅱ보장 특약
· 신화상치료비보장 특약
· 신화상치료비Q보장 특약
· 골절수술비Ⅱ보장 특약
· 골절수술비ⅡQ보장 특약
· 대중교통이용중 교통상해 후유장해(3~100%)보장 특약
· 비운전자용 교통상해 후유장해(3~100%)보장 특약
· 일반상해후유장해(20~100%)보장 특약
· 일반상해 80%이상후유장해 재활자금보장 특약
· 일반상해 50%이상후유장해 재활자금보장 특약
· 일반상해중환자실 입원일당(1일이상)보장 특약
· 5대골절진단비보장 특약
· 5대골절수술비보장 특약
· 5대골절수술비Q보장 특약
· 비운전자용 자동차사고부상치료비(Ⅱ)보장 특약
· 상해흉터복원수술비보장 특약
· 호흡기관련질병수술비보장 특약
· 깁스치료비보장 특약
· 5대고액치료비암진단비보장 특약
· 질병중환자실 입원일당(1일이상)보장 특약
· 질병중환자실 입원일당(1일이상)Q보장 특약
· 뇌혈관질환진단비보장 특약
· 허혈성심장질환진단비보장 특약
· 충수염수술비보장 특약
· 특정전염병진단비보장 특약
· 16대특정암진단비보장 특약
· 응급실내원비(응급)보장 특약
· 응급실내원비(비응급)보장 특약
· 응급실내원비(비응급)Q보장 특약
· 아나필락시스진단비(응급, 연간1회한)보장 특약
· 의료사고법률비용보장 특약
· 질병후유장해(3~100%)보장 특약
· 심한상해수술비보장 특약
· 매월 첫번째암치료비(유사암제외)보장 특약
· 매월 유사암치료비보장 특약
· 매월 계속암치료비보장 특약
· 2대질병수술비보장 특약
· 131대질병수술비보장 특약

· 32대질병관혈수술비(연간1회한)보장 특약
· 5대질환수술비(Ⅱ)(연간1회한)보장 특약
· 신골절치료비(치아파절포함)보장 특약
· 신깁스치료비보장 특약
· 뇌혈관질환수술비보장 특약
· 허혈성심장질환수술비보장 특약
· 일반상해80%이상후유장해보장 특약
· 갑상선암(초기제외)진단비보장 특약
· 상급종합병원 일반상해입원일당(1일이상)보장 특약
· 상급종합병원 질병입원일당(1일이상)보장 특약
· 상급종합병원 질병입원일당Q(1일이상)보장 특약
· 일반상해입원일당(1일이상 30일한도)보장 특약
· 질병입원일당(1일이상 30일한도)보장 특약
· 질병입원일당(1일이상 30일한도)Q보장 특약
· 질병80%이상후유장해보장 특약
· 재진단암진단비(1년 대기형)보장 특약
· 재진단암진단비(2년 대기형)보장 특약
· 수술비(1~7종, 연간3회한)[상해]보장 특약
· 수술비(1~7종, 연간3회한)[질병]보장 특약
· 종합병원 일반상해입원일당(1일이상)보장 특약
· 종합병원 질병입원일당(1일이상)보장 특약
· 종합병원 질병입원일당(1일이상)Q보장 특약
· 항암가발비용보장 특약
· 질병수술비(특정5대질병 제외)보장 특약
· 질병수술비(특정5대질병 제외)Q보장 특약
· 갑상선기능항진증치료비보장 특약
· 중대한재생불량성빈혈진단비보장 특약
· 중대한특정상해수술비보장 특약
· 조혈모세포이식수술비보장 특약
· 5대장기이식수술비보장 특약
· 각막이식수술비보장 특약
· 인공관절수술비보장 특약
· 만성당뇨합병증진단비보장 특약
· 보험료납입면제진단비(50%이상후유장해 및 9대질병진단)보장특약
· 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당(1일이상 10일한도)보장 특약
· 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당(1일이상 10일한도)보장 특약
· 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당(1일이상 10일한도)Q보장 특약
· 50%이상후유장해 및 9대질병진단(페이백 기본형)보장 특약

· 50%이상후유장해 및 9대질병진단(페이백 만기확장형)보장 특약 · 상해사고부상치료비보장 특약 · 암직접치료통원일당(상급종합병원)보장 특약 · 계속받는 항암방사선약물치료비(급여)(연간1회한)보장 특약 · 뇌졸중통원일당(1일이상 30일한도)보장 특약 · 급성심근경색증통원일당(1일이상 30일한도)보장 특약 · 천식지속상태(급성중증천식)진단비보장 특약 · 급성신우신염진단비보장 특약 · 건선특정치료비(급여, 연간1회한)보장 특약 · 독감(인플루엔자)및특정9대감염병입원일당(1일이상 30일한도)보장 특약 · 특정상해진단비보장 특약

4 제3항에도 불구하고 아래의 보장은 전환전계약의 보험기간 종료일 이전까지 해당 보장의 보험금 지급사유가 발생하여 해당 특별약관이 소멸된 경우에는 전환 불가능합니다.

· 암진단비(유사암제외)보장 특약 · 암진단비(유사암 및 소액암 제외)보장 특약 · 유사암진단비보장 특약 · 일반상해 80%이상후유장해 재활자금보장 특약 · 일반상해 50%이상후유장해 재활자금보장 특약 · 5대고액치료비암진단비보장 특약 · 뇌혈관질환진단비보장 특약 · 허혈성심장질환진단비보장 특약 · 충수염수술비보장 특약 · 16대특정암진단비보장 특약 · 갑상선암(초기제외)진단비보장 특약 · 질병80%이상후유장해보장 특약 · 일반상해80%이상후유장해보장 특약 · 뇌졸중진단비보장 특약 · 급성심근경색증진단비보장 특약 · 양성뇌종양진단비Ⅱ보장 특약 · 항암방사선약물치료비보장 특약 · 매월 첫번째암치료비(유사암제외)보장 특약 · 매월 유사암치료비보장 특약 · 중대한특정상해수술비보장 특약 · 조혈모세포이식수술비보장 특약 · 5대장기이식수술비보장 특약 · 각막이식수술비보장 특약 · 항암가발비용보장 특약 · 갑상선기능항진증치료비보장 특약

· 중대한재생불량성빈혈진단비보장 특약 · 만성당뇨합병증진단비보장 특약 · 보험료납입면제진단비(50%이상후유장해 및 9대질병진단)보장특약 · 50%이상후유장해 및 9대질병진단(페이백 기본형)보장특약 · 50%이상후유장해 및 9대질병진단(페이백 만기확장형)보장 특약 · 특정외상성손상진단비보장 특약 · 천식지속상태(급성중증천식)진단비보장 특약 · 급성신우신염진단비보장 특약 · 7대장기이식대기등록보장

5 또한 아래의 보장은 전환전계약에 암진단비(유사암제외)보장 특약이 계약전환시점에 유효한 경우에 한하여 전환 가능합니다.

· 암수술비(유사암제외)보장 특약 · 유사암수술비보장 특약 · 암진단비(유사암 및 소액암 제외)보장 특약 · 유사암진단비보장 특약 · 갑상선암(초기제외)진단비보장 특약 · 5대고액치료비암진단비보장 특약 · 16대특정암진단비보장 특약 · 재진단암진단비(1년 대기형)보장 특약 · 재진단암진단비(2년 대기형)보장 특약

6 또한 매월 유사암치료비보장 특약 및 매월 계속암치료비보장 특약은 전환전계약에 매월 첫번째암치료비(유사암제외)보장 특약이 계약전환시점에 유효한 경우에 한하여 전환 가능합니다.

7 또한 신화상치료비보장 특약 및 신화상치료비Q보장 특약은 중증화상및부식치료비보장이 계약전환시점에 유효한 경우에 한하여 전환 가능합니다.

8 또한 4대양성종양진단비보장 특약은 아래 세부보장 중 보장이 소멸되지 않은 세부보장에 한하여 전환 가능합니다.

· 대장 양성종양및특정폴립진단비 · 위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립진단비 · 중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비 · 골,관절연골 양성종양진단비

제2조(계약전환 안내)

회사는 전환전계약의 보험기간이 종료되기 1개월 이전까지

계약전환에 관한 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제3조(계약전환 대상자)
전환후계약의 피보험자는 전환전계약의 기본계약 피보험자로 합니다. 단, 전환전계약의 피보험자가 부양자 및「피보험자 추가보장 특별약관」에 따라 추가된 경우 전환후계약의 피보험자에서 제외됩니다.

제4조(전환후 계약의 체결)
1 계약자는 제1조(특별약관의 적용)에서 정한 절차에 따라 계약전환을 신청할 수 있으며, 계약 전환시 전환후계약의 보장개시일은 전환전계약의 보험기간 종료일의 다음날로 합니다.
2 계약전환시점 기준으로 전환전계약과 동일한 보장(전환이 불가한 보장은 제외)으로 전환하거나 일부 보장의 보험가입금액을 감액 또는 일부 보장을 전환하지 않는 경우 피보험자가 보험가입 적격자인지 여부에 관계없이 전환 가능합니다.
3 제2항 이외의 경우에는 회사가 정하는 기준에 따라 보험가입금액이 제한되거나 계약전환이 불가능 할 수 있습니다.

제5조(전환후 계약의 보험료 납입)
전환후계약의 보험료는 전환전계약의 만기환급금, 보험료 및 보험료 납입면제 등에 관계없이 계약 전환시 선택한 전환후계약의 보험료 납입주기, 납입방법 등에 따라 납입하여야 합니다.

제6조(전환후 계약 약관의 준용)
1 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다.
2 이 특별약관에 정한 사항과 보통약관 제1절 일반조항에서 정한 사항이 서로 다를 경우 이 특별약관에서 정한 사항을 우선하여 적용합니다.

특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)에 부가하여 이루어집니다.

2 제1항에 따라 이 특약을 부가할 때 피보험자의 과거 병력과 의학적으로 또는 경험통계적으로 인과관계가 유의성 있게 확인된 경우 등과 같이 회사가 정한 기준에 따라 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 부담보 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

3 이 특별약관의 보장개시일은 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

4 계약이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없는 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

5 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

① 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우

② 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

1 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 【별표1(특정신체부위·질병 분류표)】 중에서 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

① 회사가 지정한 신체부위(이하「특정신체부위」라 합니다)에 진단확정된 질병(【별표1-1(특정신체부위 분류표)】) 또는 특정신체부위에 진단확정된 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 진단확정

된 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)

② 회사가 지정한 질병(이하「특정질병」이라 합니다) (【별표1-2(특정질병 분류표)】)

2 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1년부터 5년」또는 「계약의 보험기간」(단, 계약이 갱신 또는 재가입 계약인 경우 최초 계약일로부터 최종 갱신 또는 재가입 계약의 종료일까지의 기간을 말하며, 이하 「계약의 보험기간」이라 합니다))으로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

3 제2항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을「계약의 보험기간」으로 적용한 경우 계약 청약일로부터 5년 이내에 제1항 제1호 또는 제1항 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않으면 계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다.

4 제3항의「계약 청약일로부터 5년 이내」라 함은 보통약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말하며, 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 합니다.

5 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 어느 하나의 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 회사는 보험금을 지급하여 드리며, 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

① 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 진단확정된 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 진단확정된 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우

② 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 진단확정된 특정질병 이외의 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우

③ 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우

④ 제1항 제1호에서 정한 진단확정된 질병 또는 제1항 제2호에서 지정한 특정질병으로 인하여 사망하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우

⑤ 제1항 제1호에서 정한 진단확정된 질병 또는 제1항 제2호에서 지정한 특정질병으로【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가

되어 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우

6 피보험자가 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

7 피보험자에게 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생했을 경우, 그 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 특정신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

8 제1항 제1호의 특정신체부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 준용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하「보통약관」이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.

2 보통약관이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

3 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보통약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 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(하위 법령, 규칙 포함) 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)에 정한 원동기장치자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 포함합니다.

【용어풀이】 퍼스널모빌리티(세그웨이, 전동휠, 전동킥보드 등)는 자동차관리법에서 정한 「이륜자동차」, 도로교통법에서 정한 「원동기장치자전거」에 포함됩니다.

3 제2항에서 “그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차”는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.

1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
2. 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차

4 제2항 및 제3항에서 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함) 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

5 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 경우 그 보험금 지급사유가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 보험금 지급사유인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할경찰서에서 발행하는 사고처리확인원등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

【자동차관리법 시행규칙 제2조(자동차의 종별 구분)】

「자동차관리법」 (이하 "법"이라 한다) 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표1과 같이 구분한다.

【별표1】 자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형	소형	중형	대형
이륜자동차	배기량이 50cc미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것	배기량이 100cc 이하 (최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것으로 최대적재량(기타형에만 해당한다)이 60킬로그램 이하인 것	배기량이 100cc 초과 260cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것으로 최대적재량이 60킬로그램 초과 100킬로그램 이하인 것	배기량이 260cc (최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
   나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.
      1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
      2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
      3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차
2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.
   가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.
   나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.
   다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

【도로교통법 제2조(정의)】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

19. "원동기장치자전거"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 차를 말한다.
   가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 이륜자동차 가운데 배기량 125시시 이하의 이륜자동차
   나. 배기량 50시시 미만(전기를 동력으로 하는 경우에는 정격출력 0.59킬로와트 미만)의 원동기를 단 차(「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호의2에 따른 전기자전거는 제외한다)

사망보험금 양육연금전환 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

1 이 사망보험금 양육연금전환 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)은 피보험자의 사망을 보험금 지급사유로 하고 사망보험금을 일시에 지급하는 보험계약(이하「계약」이라 합니다)을 체결할 때 또는 체결한 이후에 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.(이하「보험계약자」는「계약자」,「보험회사」는「회사」라 합니다)

2 계약이 해지 또는 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 피보험자의 사망으로 계약의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 효력은 제6조(양육연금의 운용) 제1항에서 정한 양육연금의 지급이 종료될 때까지 소멸하지 않습니다.

제2조(특별약관의 청약)

1 계약자는 계약의 사망보험금 지급사유 발생 전에 한하여 이 특별약관을 청약할 수 있습니다.

2 계약자는 이 특별약관을 청약할 때 계약의 보험수익자를 양육연금을 받는 자(이하「수익자녀」라 합니다)로 지정 또는 변경하여야 합니다.

3 계약자는 계약에서 일시에 지급되는 사망보험금의 50%이상을 양육연금의 지급을 위한 전환금액(이하「양육연금전환금액」이라 합니다)으로 선택하여야 합니다.

4 계약자는 수익자녀 나이 15세, 20세, 25세 중 하나를 양육연금의 지급종료나이(이하「양육연금종료나이」라 합니다)로 선택하여야 합니다.

5 계약자가 이 특별약관을 청약하고 회사의 승낙(이하「특별약관의 체결」이라 합니다)이 있은 후 계약에서 사망보험금 지급사유가 발생하더라도 아래 각 호의 경우에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다.

① 계약의 사망보험금 지급시 수익자녀의 나이가 이 특별약관을 체결할 때 정한 양육연금종료나이와 같거나 초과한 경우

② 이 특별약관의 체결 후 수익자녀가 사망하거나 계약의 보험수익자에서 제외된 경우

제3조(수익자녀의 범위)

제2조(특별약관의 청약) 제2항의 수익자녀는 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상 자녀 중 1명으로 합니다.

제4조(계약내용의 변경)

1 계약자는 계약의 사망보험금 지급사유 발생 전에 한하여 회사의 승낙을 얻어 아래 각 호의 사항을 변경할 수 있습니다.
① 수익자녀
② 양육연금전환금액
③ 양육연금종료나이
2 계약자가 제1항 제1호 내지 제3호의 사항을 변경하고자 할 때에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

제5조(계약자의 임의해지)
계약자는 계약의 보험금 지급사유가 발생하기 전에 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제6조(양육연금의 운용)
1 회사는 제2조(특별약관의 청약) 제3항에서 정한 양육연금전환금액을 재원(이하「양육연금재원」이라 합니다)으로 양육연금의 지급기간동안 동일한 금액(이하「양육연금」이라 합니다)을 매년 보험금 지급사유 발생일에 수익자녀에게 지급합니다. 이 경우 미지급된 양육연금재원에 대해서 계약의 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
2 제1항의 양육연금의 지급기간(이하「양육연금지급기간」이라 합니다)이라 함은 제2조(특별약관의 청약) 제4항의 양육연금종료나이에서 계약의 사망보험금 지급시 수익자녀의 나이를 뺀 기간을 말합니다.
3 양육연금지급기간 중 수익자녀의 나이에 따른 제한사항은 아래와 같습니다.
① 수익자녀의 나이가 만20세 미만인 경우 수익자녀는 미지급 양육연금을 일시에 지급하는 금액으로 수령할 수 없습니다.
② 수익자녀의 나이가 만20세 이상인 경우 수익자녀는 미지급 양육연금을 일시에 지급하는 금액으로 수령할 수 있으며 이 때 그 일시에 지급하는 금액은 계약의 평균공시이율로 할인한 금액으로 합니다.
4 제3항 제1호에도 불구하고 수익자녀가 양육연금지급기간 중 사망한 경우에는 미지급 양육연금을 수익자녀의 법정상속인에게 일시에 지급하는 금액으로 지급하며 그 일시에 지급하는 금액은 계약의 평균공시이율로 할인한 금액으로 합니다.
5 수익자녀 또는 수익자녀의 법정대리인은 제3항 제2호의 경우를 제외하고 양육연금지급기간 중 미지급 양육연금에 대해서 계약의 보통약관에 따라 일시에 지급하는 금액의 청구나 보험금수령방법의 변경에 관한 권리를 행사할 수 없습니다.

제7조(나이의 계산 및 적용)
1 제2조(특별약관의 청약) 제4항 내지 제5항 및 제6조(양육연금의 운용) 제2항의 나이는 수익자녀의 보험나이를 기준으로 합니다.
2 제1항의 보험나이는 보험금 지급사유 발생일 현재 수익자녀의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 계산하며, 이후 매년 보험금 지급사유 발생일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
3 제1항 및 제2항에도 불구하고 제6조(양육연금의 운용) 제3항의 나이는 수익자녀의 실제 만나이를 기준으로 합니다.

제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)
1 이 특별약관의 보험료는 없습니다.
2 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 이 특별약관의 청약을 승낙한 날로 합니다.

제9조(해지된 특별약관의 부활)
1 회사는 이 특별약관의 부활 청약을 받은 경우에는 계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 계약의 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활을 취급합니다.
2 계약의 부활을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특별약관도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.
3 이 특별약관을 부활하는 경우의 보장개시일은 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제10조(보험금의 청구)
수익자녀, 수익자녀의 법정대리인은 아래 각 호의 서류를 제출하고 양육연금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상 자녀임을 확인할 수 있는 서류
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 수익자녀의 법정대리인의 경우 법정대리인임을 확인할 수 있는 서류
⑤ 기타 수익자녀가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제11조(보험금 등의 지급절차)
1 회사는 제10조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에

는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 양육연금을 지급합니다.
2 회사가 보험금 지급사유를 조사・확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일을 계약자 또는 수익자녀에게 서면으로 통지합니다.
3 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 수익자녀의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 계약의 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 전자서명 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약(이하「계약」이라 합니다)에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 「보통약관」이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.(이하「보험계약자」는「계약자」,「보험회사」는「회사」라 합니다)

2 이 특별약관을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명(이하「전자서명」이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관 제21조(약관교부 및 설명의무 등) 제2항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

【전자서명법 제2조(정의)】 2. "전자서명"이라 함은 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다. 가. 서명자의 신원 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

제3조(약관교부의 특례)

1 계약자가 원하는 방법에 따라 설명서, 약관 및 계약자 보관용 청약서 등(보험증권은 제외하며, 이하 「계약 안내자료」라 합니다)을 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

2 계약자가 계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날부터 5영업일 이내에 계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(보험계약자의 알릴 의무)

1 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 및 전자적 의

사표시로 제공될 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.
2 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 및 전자적 의사표시로 제공될 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.
3 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 및 전자적 의사표시로 제공될 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 및 전자적 의사표시로 제공될 주소로 계약 안내자료를 드림으로써 회사의 계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 및 전자적 의사표시로 제공될 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아서 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관(이하「특약」이라 합니다)은 보험계약자(이하「계약자」라 합니다), 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

1 이 특약은 계약자의 청약과 보험회사(이하「회사」라 합니다)의 승낙으로 부가되어집니다.

2 제1조(적용대상)의 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)이 해지 또는 기타 사유에 따라 효력이 없게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

1 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(이하「지정대리청구인」이라 합니다)을 2인 이내(2인 지정시 대표대리인을 지정)에서 지정(제4조에 따른 변경지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1에 해당하여야 합니다.

① 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자

② 피보험자의 3촌 이내의 친족

2 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

1 계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

2 회사는 제1항의 지정대리청구인 변경 지정시 계약자의

지정 편의를 위해 가족관계서류의 수령을 생략할 수 있습니다.

제5조(보험금 지급 등의 절차)

1 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

2 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

1 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)는 이 보험료 자동납입 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

2 제1항에 따라 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 우리회사(이하「회사」라 합니다)는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 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 보통약관의 제19조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

특별조건부(할증보험료법) 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

1 이 특별약관은 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 이 특별약관의 적용을 받는 보통약관 또는 특별약관은 「해당계약」이라 합니다.)

2 이 특별약관의 효력발생일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.

3 해당계약이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조(특별조건부(할증보험료법) 특별약관의 내용)

이 특별약관은 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합하지 않아 계약체결이 불가능한 경우 이 특별약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조(특별약관의 부가조건)

1 특별약관에 따라 회사가 부가하는 계약조건은 다음과 같습니다.

① 회사는 계약을 체결할 때 “표준체보험료”에 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 회사에서 정한 “특별조건부 특별약관보험료”를 더하여 해당계약의 납입보험료로 결정합니다.

② 제1호의 “표준체보험료”라 함은 표준체위험률에 할증률을 적용하지 않고 산출한 보험료를 말합니다.

③ 제1호의 “특별조건부 특별약관보험료”라 함은 표준체위험률에 할증률을 적용하여 산출한 보험료와 표준체보험료와의 차액을 말합니다.

【표준체위험률】 회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합한 보험료적립금의 계산 등을 위해 회사가 정하는 위험률 **【할증률】** 회사가 정한 위험지수 기준에 따라 표준체위험률에 부가한 요율

2 회사는 제1항에 따라 해당계약에 부가된 조건을 보험증

권에 기재하여 드립니다.

제4조(보험기간 및 보험료의 납입)

1 이 특별약관의 보험기간은 해당계약의 보험기간과 동일합니다.

2 이 특별약관의 보험료는 해당계약의 보험료 납입기간 중에 기본계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제5조(할증률의 적용)

제3조(특별약관의 부가조건) 제1항에서 정한 할증률은 해당계약 종료시까지 변동되지 않습니다. 다만, 갱신시 표준체위험률 변경에 따라 특별조건부 특별약관보험료는 변동 될 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 해당계약을 따릅니다.

장애인전용보험전환 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

1 이 특별약관은 보험회사(이하「회사」라 합니다)가 정한 방법에 따라 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)가 청약하고 회사가 승낙함으로써 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 (보험료의 세액공제)】

① 법 제59조의4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용보험·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 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

② 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제 1항」에서 규정한 장애인인 보험

【「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서 규정한 장애인】
① 법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.
1.「장애인복지법」에 따른 장애인 및「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2.「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

【소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위)】
영 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란「장애아동 복지지원법」제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

【이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시】
① 전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
: 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
② 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
: 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
③ 전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우
: 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

2 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
3 제2조 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 장애인 증명서의 원본 또는 사본」(이하,「장애인 증명서」라 합니다)을 제출하여 제1조(특별약관의 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 제 1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
3 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.
4 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되

는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

1 회사는 이 특별약관이 부가된 전환계약을「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.

【예시】 2022년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2022년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2022년 1월 15일 ~ 2022년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2022년 6월 1일 ~ 2022년 12월 31일) 납입된 보험료만 2022년 특별세액공제 대상이 됩니다.

3 제2항에도 불구하고,「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

【예시】 2022년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2022년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2022년 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 제1

조(특별약관의 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(특별약관의 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 전환대상계약의 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.

2 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

무배당 출산보장 특별약관2206

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험)

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

2. 해지환급금 관련 유의사항

- 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.
- 계약의 해지환급금은 보험금 지급이나 계약체결/관리비용 지출 등으로 인하여 납입하신 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

○ 입원 관련 보장

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

○ 태아가입보험

- 보험계약을 체결할 때 피보험자로 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우 출생을 조건으로 보험계약 체결시점에 소급하여 피보험자가 됩니다.
- 태아가 복수로 출생한 경우 계약자는 피보험자 각각을 지정할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

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

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것

을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 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.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세 미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

이 계약은 피보험자가 사망한 경우 그때부터 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를「납입기일」까지 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 보상합니다.

① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체 보험료를 납입하여야 한다는 내용

② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

8. 계약 전 · 후 알릴 의무

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

2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.

- 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로

지체없이 회사에 알려야 합니다.

① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
(1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
(2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
(3) 현재의 직업을 그만둔 경우

② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우

- 보험목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우, 보험목적을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
- 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 경우 또는 변경이 생겼음을 알게 된 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.

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

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

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 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. 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

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

보험용어 해설

○ **보험약관**
계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ **보험증권**
계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ **계약자**
회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람

○ **피보험자**
보험사고의 대상이 되는 사람

○ **보험수익자**
보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ **보험료**
계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ **보험금**
피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ **보험기간**
계약에 따라 보장을 받는 기간

○ **보장개시일**
회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ **보험계약일**
계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ **보험가입금액**
보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

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

○ 책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

○ 해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 출산보장 특별약관2206(이하「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 소멸된 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

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

1 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험 수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2 지급사유 관련 용어

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

용어	정의
한국 표준질병 사인분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

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

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

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균 공시 이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.25%입니다.
해지 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【 연단위 복리 】

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

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

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

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일,'관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(피보험자의 범위)

이 특별약관에 있어서 피보험자라 함은 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다.

제4조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제5조(보험금의 지급사유)

이 특별약관의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 특별약관의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제8조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제5조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제9조(보험금 등의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제10조(보험금의 지급절차)

1 회사는 제9조(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 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

① 소송제기
② 분쟁조정 신청
③ 수사기관의 조사
④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
⑥ 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【 분쟁조정신청 】
분쟁조정신청은 이 약관의「분쟁의 조정」조항에 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3 제2항에 따라 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 가지급

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

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

5 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
6 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 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.

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 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제12조(주소변경통지)

1 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를

포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
2 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 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 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이 외의 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 그 책임을 연대로 합니다.

【 계약자가 2명 이상인 경우 】 계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다. **【 연대】** 2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

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 알릴 의무」라 하며, 상법상「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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

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

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

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

제16조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

2 제1항의 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 또

는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)

⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항에 따른 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 등으로 알려 드립니다.

5 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

7 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제17조(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 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
3 보험료 납입이 면제된 경우 제2항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조(보험계약의 성립)

1 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
2 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【 보험가입금액 제한 】
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【 일부보장 제외(부담보) 】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

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

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

3 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
6 제5항의「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
7 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제19조(청약의 철회)

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

【일반금융소비자】 전문금융소비자가 아닌 계약자를 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 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하'서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제20조(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

【약관의 중요한 내용예시】
- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 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

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】
전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【 자필서명 】
계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 】
"전자서명"이라 함은 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원
나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

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 보

관용 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.

【보험계약대출이율】 계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

제21조(계약의 무효)

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

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의

착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】
① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】
법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.
1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】
심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제22조(계약내용의 변경 등)
1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
① 보험기간
② 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
③ 계약자, 피보험자
④ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용
2 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는

회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

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

3 회사는 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

【 감액 】
보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해지환급금도 줄어듭니다)

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

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

제23조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제21조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

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

【 보험나이 계산 예시 】
생년월일 : 1988년 10월 2일
현재(계약일) : 2022년 4월 14일
⇒ 2022년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
= 33년 6월 12일 = 34세

【 계약해당일 】
최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일
-> 계약해당일 : 10월 1일
예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일
-> 계약해당일 : 2월 말일

제24조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 소멸사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5관 보험료의 납입

제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
1 피보험자에 대한 회사의 보장은 피보험자가 출생한 날에 시작하여 이 날부터 1년이 경과된 때에 끝납니다.
2 제1항의 규정에도 불구하고 회사는 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 손해에 대하여는 보장을 하지 않습니다.

제26조(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.

제27조(보험료의 납입면제에 관한사항)
주계약의 보장보험료의 납입이 면제된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 면제하지 않습니다.

제28조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제29조(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 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

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

제29조(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)기간까지 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 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴 의무), 제16조(알릴 의무 위반의 효과), 제17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립), 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제15조(계약 전

알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

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

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해지환급금 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 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
2 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
5 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】
1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환

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

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
2 제21조(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 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의1(위법계약의 해지)

1 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련 규정이 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 제35조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
5 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사 할 수 있습니다.

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

제33조(중대사유로 인한 해지)

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

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

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

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

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제34조(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 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해지환급금)

1 이 약관에 따른 해지환급금은「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

2 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

3 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

4 제32조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제36조(보험계약대출)
1 계약자는 이 계약의 해지환급금 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, 해지환급금, 적립부분 해지환급금 전액 인출 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
3 제2항에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조(배당금의 지급)
회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제38조(분쟁의 조정)
1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이「금융소비자 보호에 관한 법률」제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제39조(관할법원)
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제40조(소멸시효)
보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해지환

급금청구권 및 책임준비금반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2022년 4월 1일에 발생하였음에도 2025년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제41조(약관의 해석)

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

【 신의성실의 원칙 】 권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항) 【 민법 제2조(신의성실) 제1항 】 ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

제42조(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.

제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
4 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
5 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

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

제45조(개인정보보호)
1 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조(준거법)
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제47조(예금보험에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】
예금자보호제도란 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.
이 계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)
예금자보호 한도는 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1명당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

제2절 보장조항

1. 저체중아(2.5kg이하)입원일당 (3일이상 60일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 제1절 일반조항 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 저체중아(출생시 체중이 2.5kg이하인 신생아를 말합니다)로 출생하여 인큐베이터(신생아 보육기를 말합니다)를 사용했을 경우에는 보험수익자에게 최고 60일을 한도로 실제 사용일수에서 2일을 공제하고 인큐베이터 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 저체중아입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 저체중아입원일당을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2. 신생아입원일당(4일이상 120일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 제1절 일반조항 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 발생한「출생전후기 질병」(【별표2(출생전후기에 발생한 주요병태 분류표)】 참조)의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당이 특별약관의 보험가입금액을 신생아입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 신생아입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

2 동일한「출생전후기 질병」의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「출생전후기 질병」에 대한 입원이라도 신생아입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 신생아입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 신생아입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 피보험자가「신생아입원일당」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 신생아입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「출생전후기 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 신생아입원일당의 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 의료비용

은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 신생아입원일당을 지급하지 않습니다.

제4조(출생전후기의 정의)
이 특별약관에서「출생전후기」라 함은 임신 28주부터 생후 1주 사이의 기간을 말합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 출생전후기 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

3. 출생위험(Ⅱ)보장 특별약관
(저체중아(2.0kg이하) 출생, 장해 출생, 심한장해 출생)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 제1절 일반조항 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 보험증권에 기재된 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 보험금을 지급합니다. 단, 각각 최초 1회에 한하여 지급합니다.

구분	지급사유	지급금액
저체중아(2.0kg이하) 출생보험금	피보험자의 체중이 출생시 2,000그램 이하인 경우(이하 「저체중아(2.0kg이하) 출생」이라 합니다)	이 특별약관 보험가입금액의 10%
장해 출생보험금	피보험자가 【별표3(장해의 대상)】에 해당하는 장해(이하 「장해 출생」이라 합니다)를 가지고 있는 경우	이 특별약관 보험가입금액의 20%
심한장해 출생보험금	피보험자가 【별표4(심한장해의 대상)】에 해당하는 장해(이하 「심한장해 출생」이라 합니다)를 가지고 있는 경우	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 보험금은 사고발견기간 이내에 의사의 진단에 따라 사고가 발견되어진 경우에 한하여 보험금을 지급합니다.

3 피보험자가 다태아로 출생한 경우 각각의 피보험자의 저체중아(2.0kg이하) 출생, 장해 출생, 심한장해 출생에 대하여 이 특별약관에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

① 피보험자의 모(임산부)의 고의
② 계약자의 고의
③ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(회사의 보장개시)

1 피보험자에 대한 회사의 보장은 피보험자가 출생한 날에 시작하여 이 날부터 1년(제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 심한장해에서 뇌성마비의 경우에는 2년간으로 합니다. 이하 「사고발견기간」이라 합니다)이 경과된 때에 끝납니다. 단, 사고발견기간 종료전이라도 사고가 발견되어 보험금이 지급된 경우에는 보험기간이 종료된 것으로 간주합니다.
2 제1항의 규정에도 불구하고 회사는 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 손해에 대하여는 보장을 하지 않습니다.

제5조(무효 또는 해지인 경우의 환급)
1 계약이 회사의 책임있는 사유로 무효가 된 경우에는 납입보험료 전액과 경과기간에 대하여 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.
2 제1항 이외의 사유로 무효 또는 해지가 된 경우에는 해지환급금을 지급합니다. 다만, 계약의 해지가 피보험자의 출생후에 이루어진 경우에는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

제6조(저체중아(2.0kg이하) 출생, 장해 출생, 심한장해 출생이 중복된 경우)
1 1명의 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 저체중아(2.0kg이하) 출생, 장해 출생, 심한장해 출생 중 2가지 이상이 발견된 경우(시기가 다르게 발견된 경우를 포함합니다)에는 각각에 대하여 출생보험금을 지급합니다.
2 1명의 피보험자에게 【별표3(장해의 대상)】에 해당하는 장해 중 2가지 이상이 발견된 경우에는 먼저 발견된 하나의 장해에 대해서만 장해 출생보험금을 지급합니다.
3 1명의 피보험자에게 【별표4(심한장해의 대상)】에 해당하는 심한장해 중 2가지 이상이 발견된 경우에는 먼저 발견된 하나의 심한장해에 대해서만 심한장해 출생보험금을 지급합니다.

제7조(특별약관의 소멸)
1 이 특별약관의 보험수익자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「저체중아(2.0kg이하)출생보험금」,「장해 출생보험금」및「심한장해 출생보험금」을 모두 지급받은 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금

을 지급합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

4. 출생위험(III)보장 특별약관 (저체중아(2.5kg이하) 출생, 저체중아(2.0kg이하) 출생, 장해 출생, 심한장해 출생)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 제1절 일반조항 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 보험증권에 기재된 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 보험금을 지급합니다. 단, 각각 최초 1회에 한하여 지급합니다.

구분	지급사유	지급금액
저체중아 (2.5kg이하) 출생보험금	피보험자의 체중이 출생시 2,500그램 이하인 경우(이하 「저체중아(2.5kg이하) 출생」이라 합니다)	이 특별약관 보험가입금액의 5%
저체중아 (2.0kg이하) 출생보험금	피보험자의 체중이 출생시 2,000그램 이하인 경우(이하 「저체중아(2.0kg이하) 출생」이라 합니다)	이 특별약관 보험가입금액의 10%
장해 출생보험금	피보험자가 【별표3(장해의 대상)】에 해당하는 장해(이하 「장해 출생」이라 합니다)를 가지고 있는 경우	이 특별약관 보험가입금액의 20%
심한장해 출생보험금	피보험자가 【별표4(심한장해의 대상)】에 해당하는 장해(이하 「심한장해 출생」이라 합니다)를 가지고 있는 경우	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 보험금은 사고발견기간 이내에 의사의 진단에 따라 사고가 발견되어진 경우에 한하여 보험금을 지급합니다.

3 피보험자가 다태아로 출생한 경우 각각의 피보험자의 저체중아(2.5kg이하) 출생, 저체중아(2.0kg이하) 출생, 장해 출생, 심한장해 출생에 대하여 이 특별약관에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지

않습니다.
① 피보험자의 모(임산부)의 고의
② 계약자의 고의
③ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(회사의 보장개시)
1 피보험자에 대한 회사의 보장은 피보험자가 출생한 날에 시작하여 이 날부터 1년(제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 심한장해에서 뇌성마비의 경우에는 2년간으로 합니다. 이하 「사고발견기간」이라 합니다)이 경과된 때에 끝납니다. 단, 사고발견기간 종료전이라도 사고가 발견되어 보험금이 지급된 경우에는 보험기간이 종료된 것으로 간주합니다.
2 제1항의 규정에도 불구하고 회사는 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 손해에 대하여는 보장을 하지 않습니다.

제5조(무효 또는 해지인 경우의 환급)
1 계약이 회사의 책임있는 사유로 무효가 된 경우에는 납입보험료 전액과 경과기간에 대하여 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.
2 제1항 이외의 사유로 무효 또는 해지가 된 경우에는 해지환급금을 지급합니다. 다만, 계약의 해지가 피보험자의 출생후에 이루어진 경우에는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

제6조(저체중아(2.5kg이하) 출생, 저체중아(2.0kg이하) 출생, 장해 출생, 심한장해 출생이 중복된 경우)
1 1명의 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 저체중아(2.5kg이하) 출생, 저체중아(2.0kg이하) 출생, 장해 출생, 심한장해 출생 중 2가지 이상이 발견된 경우(시기가 다르게 발견된 경우를 포함합니다)에는 각각에 대하여 출생보험금을 지급합니다.
2 1명의 피보험자에게【별표3(장해의 대상)】에 해당하는 장해 중 2가지 이상이 발견된 경우에는 먼저 발견된 하나의 장해에 대해서만 장해 출생보험금을 지급합니다.
3 1명의 피보험자에게【별표4(심한장해의 대상)】에 해당하는 심한장해 중 2가지 이상이 발견된 경우에는 먼저 발견된 하나의 심한장해에 대해서만 심한장해 출생보험금을 지급합니다.

제7조(특별약관의 소멸)
1 이 특별약관의 보험수익자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「저체중아(2.5kg이하)출생보험금」,「저체중아(2.0kg이하)출생보험금」,「장해 출생보험금」및「심한장해

출생보험금」을 모두 지급받은 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

5. 임신27주이내 조산치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 임신 27주 이내에 출생한 경우 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 조산치료비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

① 피보험자의 모(임산부)의 고의
② 계약자의 고의
③ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(무효 또는 해지인 경우의 환급)

1 계약이 회사의 책임있는 사유로 무효가 된 경우에는 납입보험료 전액과 경과기간에 대하여 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.
2 제1항 이외의 사유로 무효 또는 해지가 된 경우에는 해지환급금을 지급합니다. 다만, 계약의 해지가 피보험자의 출생후에 이루어진 경우에는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 조산치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

6. 선천이상진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 제1절 일반조항 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에【별표5(선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표)】에서 정한 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상(이하「선천이상」이라 합니다)으로 진단확정된 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 선천이상진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 출생시 사산된 경우는 선천이상진단비를 지급하지 않습니다.

제4조(선천이상의 정의 및 진단확정)

1「선천이상」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표5(선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표)】에 해당하는 질병을 말합니다.

2「선천이상」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 아래의 질병에 대해서는 외래를 통한 의원에서의 진단은 인정하지 않습니다.

분류항목	분류번호
기관 및 기관지 선천 기형	Q32.0
머리, 얼굴, 척추, 가슴의 근육골격 변형	Q67.0~Q67.8
기타 근육골격 변형	Q68.0, Q68.3~Q68.5
척추 및 가슴뼈의 선천 기형	Q76.0, Q76.5
피부의 기타 선천 기형	Q82.5
유방의 선천 기형	Q83.3
외피의 기타 선천 기형	Q84.5
달리 분류되지 않은 균형성 재배열 등	Q95.0, Q95.1

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 선천이상진단비 지급

사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

7. 특정선천이상진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 제1절 일반조항 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에【별표6(특정 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표)】에서 정한 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상(이하「특정선천이상」이라 합니다)으로 진단확정된 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정선천이상진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 출생시 사산된 경우는 특정선천이상진단비를 지급하지 않습니다.

제4조(특정선천이상의 정의 및 진단확정)

1「특정선천이상」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표6(특정 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표)】에 해당하는 질병을 말합니다.

2「특정선천이상」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 아래의 질병에 대해서는 외래를 통한 의원에서의 진단은 인정하지 않습니다.

분류항목	분류번호
기관 및 기관지 선천 기형	Q32.0
머리, 얼굴, 척추, 가슴의 근육골격 변형	Q67.0~Q67.8
기타 근육골격 변형	Q68.0, Q68.3~Q68.5
척추 및 가슴뼈의 선천 기형	Q76.0, Q76.5
유방의 선천 기형	Q83.3
외피의 기타 선천 기형	Q84.5
달리 분류되지 않은 균형성 재배열 등	Q95.0, Q95.1

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정선천이상진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

8. 특정출생장해돌봄자금보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 제1절 일반조항 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표4(심한장해의 대상)】에 해당하는 장해(이하「심한장해 출생」이라 합니다)를 가지고 있는 경우 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정출생장해돌봄자금으로 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다. 다만, 해당월에 특정출생장해돌봄자금 지급을 위한 사고발생일이 없는 때에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
심한장해 출생 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액을 매월 20년간 확정지급

【보험금 지급예시】

총지급금액	지급기준	가입금액	1회지급액
2,400만원	보험가입금액×240회	10만원	10만원

【보험금 지급일 예시】
사고발생일 : 2022년 1월 31일
⇒ 보험금 지급일 : 2022년 2월 28일

2 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율로 할인된 금액을 지급합니다.

3 보험금은 사고발견기간 이내에 의사의 진단에 따라 사고가 발견되어진 경우에 한하여 보험금을 지급합니다.

4 피보험자가 다태아로 출생한 경우 각각의 피보험자의 심한장해 출생에 대하여 이 특별약관에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

① 피보험자의 모(임산부)의 고의

② 계약자의 고의
③ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(회사의 보장개시)
1 피보험자에 대한 회사의 보장은 피보험자가 출생한 날에 시작하여 이 날부터 1년(제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 심한장해에서 뇌성마비의 경우에는 2년간으로 합니다. 이하 「사고발견기간」이라 합니다)이 경과된 때에 끝납니다. 단, 사고발견기간 종료전이라도 사고가 발견되어 보험금이 지급된 경우에는 보험기간이 종료된 것으로 간주합니다.
2 제1항의 규정에도 불구하고 회사는 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 손해에 대하여는 보장을 하지 않습니다.

제5조(무효 또는 해지인 경우의 환급)
1 계약이 회사의 책임있는 사유로 무효가 된 경우에는 납입보험료 전액과 경과기간에 대하여 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.
2 제1항 이외의 사유로 무효 또는 해지가 된 경우에는 해지환급금을 지급합니다. 다만, 계약의 해지가 피보험자의 출생후에 이루어진 경우에는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

제6조(심한장해 출생이 중복된 경우)
1명의 피보험자에게【별표4(심한장해의 대상)】에 해당하는 심한장해 중 2가지 이상이 발견된 경우에는 먼저 발견된 하나의 심한장해에 대해서만 심한장해 출생보험금을 지급합니다.

제7조(특별약관의 소멸)
1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 특정출생장해돌봄자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

9. 신생아입원일당(1일이상 120일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 제1절 일반조항 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 발생한「출생전후기 질병」(【별표2(출생전후기에 발생한 주요병태 분류표)】 참조)의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 신생아입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 신생아입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

2 동일한「출생전후기 질병」의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「출생전후기 질병」에 대한 입원이라도 신생아입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 신생아입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 신생아입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 피보험자가「신생아입원일당」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 신생아입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「출생전후기 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 신생아입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 신생아입원일당을 지급하지 않습니다.

제4조(출생전후기의 정의)
이 특별약관에서「출생전후기」라 함은 임신 28주부터 생후 1주 사이의 기간을 말합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 출생전후기 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

10. 저체중아(2.5kg이하)출생보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 제1절 일반조항 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 보험증권에 기재된 피보험자의 체중이 출생시 2,500그램 이하인 경우(이하「저체중아(2.5kg이하) 출생」이라 합니다) 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 저체중아출생보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

① 피보험자의 모(임산부)의 고의
② 계약자의 고의
③ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(무효 또는 해지인 경우의 환급)

1 계약이 회사의 책임있는 사유로 무효가 된 경우에는 납입보험료 전액과 경과기간에 대하여 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.

2 제1항 이외의 사유로 무효 또는 해지가 된 경우에는 해지환급금을 지급합니다. 다만, 계약의 해지가 피보험자의 출생후에 이루어진 경우에는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 저체중아출생보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

11. 태아올페이백(특정선천이상진단비)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 제1절 일반조항 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에【별표6(특정선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표)】에서 정한 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상(이하「특정선천이상」이라 합니다)으로 진단확정된 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 태아올페이백보험금으로 지급합니다.

2 제1항의 보험가입금액은 최초계약 체결당시에 계약자가 계약체결일부터 출생예정일까지 납입하기로 약정한 주계약 및 특별약관의 총 납입보험료(이 특별약관의 피보험자에 해당하는 보험료를 말합니다. 단, 주계약의 적립보험료는 제외한 금액을 말하며, 이하 같습니다)로 보험증권에 기재된 보험가입금액을 말합니다.

【태아올페이백보험금 지급예시】

태아올페이백보험금은 보험증권에 기재된 보험가입금액으로 하며, 실제 총 납입보험료와 상이할 수 있습니다.

출생예정일 : 계약일 + 6개월

계약체결일~출생예정일 총 납입예정보험료 : 300,000원

구분	계약체결일 ~ 출생예정일 실제 총 납입보험료	태아올페이백 보험금
출생예정일 1개월 전 출산	250,000원	300,000원
출생예정일 출산	300,000원	300,000원
출생예정일 1개월 후 출산	350,000원	300,000원

3 피보험자가 다태아인 경우 제1항 및 제2항의 보험가입금액은 각각의 피보험자에 대하여 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 경우 또는 출생시 사산된 경우는 태아올페이백보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특정선천이상의 정의 및 진단확정)

1 「특정선천이상」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표6(특정 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표)】에 해당하는 질병을 말합니다.

2 「특정선천이상」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 아래의 질병에 대해서는 외래를 통한 의원에서의 진단은 인정하지 않습니다.

분류항목	분류번호
기관 및 기관지 선천 기형	Q32.0
머리, 얼굴, 척추, 가슴의 근육골격 변형	Q67.0~Q67.8
기타 근육골격 변형	Q68.0, Q68.3~Q68.5
척추 및 가슴뼈의 선천 기형	Q76.0, Q76.5
유방의 선천 기형	Q83.3
외피의 기타 선천 기형	Q84.5
달리 분류되지 않은 균형성 재배열 등	Q95.0, Q95.1

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 태아올페이백보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

12. 출생위험(III)(무사고지급형)보장 특별약관

(저체중아(2.5kg이하) 출생, 저체중아(2.0kg이하) 출생, 장해 출생, 심한장해 출생)

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 제1절 일반조항 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 보험증권에 기재된 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 기본보장보험금을 지급합니다. 단, 각각 최초 1회에 한하여 지급합니다.

구분	지급사유	지급금액
저체중아 (2.5kg이하) 출생보험금	피보험자의 체중이 출생시 2,500그램 이하인 경우(이하 「저체중아(2.5kg이하) 출생」이라 합니다)	기본보장 보험가입금액의 5%
저체중아 (2.0kg이하) 출생보험금	피보험자의 체중이 출생시 2,000그램 이하인 경우(이하 「저체중아(2.0kg이하) 출생」이라 합니다)	기본보장 보험가입금액의 10%
장해 출생보험금	피보험자가 【별표3(장해의 대상)】에 해당하는 장해(이하 「장해 출생」이라 합니다)를 가지고 있는 경우	기본보장 보험가입금액의 20%
심한장해 출생보험금	피보험자가 【별표4(심한장해의 대상)】에 해당하는 장해(이하 「심한장해 출생」이라 합니다)를 가지고 있는 경우	기본보장 보험가입금액의 100%

2 계약자가 이 특별약관의 보험료 납입을 완료하고 피보험자가 무사고지급금의 지급시기까지 제1항에서 정한 기본보장보험금 지급사유가 모두 발생하지 않고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 아래의 금액을 무사고지급금으로 계약자에게 지급합니다. 단, 무사고지급금의 지급시기라 함은 계약일로부터 1년경과시점을 말합니다.

구분	지급금액
무사고지급금	무사고지급 보험가입금액의 1.5%

3 다만, 제2항에 따라 무사고지급금이 지급된 후 제1항의 기본보장보험금 지급사유가 발생한 경우에는 제1항의 기본보장보험금에서 이미 지급된 무사고지급금을 차감한 금액을 지급합니다.

4 제1항의 기본보장보험금은 사고발견기간 이내에 의사의

진단에 따라 사고가 발견되어진 경우에 한하여 기본보장보험금을 지급합니다.
5 피보험자가 다태아로 출생한 경우 각각의 피보험자에 대하여 이 특별약관에 따라 기본보장보험금 또는 무사고지급금을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따른 무사고지급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며 무사고지급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】을 따릅니다.
2 제1항에도 불구하고 보험료 납입연체 등 계약자 등의 책임 있는 사유로 무사고지급금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
① 피보험자의 모(임산부)의 고의
② 계약자의 고의
③ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(회사의 보장개시)
1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 대한 회사의 보장은 피보험자가 출생한 날에 시작하여 이 날부터 1년(제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 심한장해에서 뇌성마비의 경우에는 2년간으로 합니다. 이하「사고발견기간」이라 합니다)이 경과된 때에 끝납니다. 단, 사고발견기간 종료전이라도 사고가 발견되어 보험금이 지급된 경우에는 보험기간이 종료된 것으로 간주합니다.
2 제1항의 규정에도 불구하고 회사는 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 손해에 대하여는 보장을 하지 않습니다.

제5조(무효 또는 해지인 경우의 환급)

1 계약이 회사의 책임있는 사유로 무효가 된 경우에는 납입보험료 전액과 경과기간에 대하여 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.
2 제1항 이외의 사유로 무효 또는 해지가 된 경우에는 해지환급금을 지급합니다. 다만, 계약의 해지가 피보험자의 출생후에 이루어진 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 대한 해지환급금은 지급하지 않습니다.

제6조(저체중아(2.5kg이하) 출생, 저체중아(2.0kg이하) 출생, 장해 출생, 심한장해 출생이 중복된 경우)
1 1명의 피보험자에게 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 저체중아(2.5kg이하) 출생, 저체중아(2.0kg이하) 출생, 장해 출생, 심한장해 출생 중 2가지 이상이 발견된 경우(시기가 다르게 발견된 경우를 포함합니다)에는 각각에 대하여 출생보험금을 지급합니다.
2 1명의 피보험자에게【별표3(장해의 대상)】에 해당하는 장해 중 2가지 이상이 발견된 경우에는 먼저 발견된 하나의 장해에 대해서만 장해 출생보험금을 지급합니다.
3 1명의 피보험자에게【별표4(심한장해의 대상)】에 해당하는 심한장해 중 2가지 이상이 발견된 경우에는 먼저 발견된 하나의 심한장해에 대해서만 심한장해 출생보험금을 지급합니다.

제7조(특별약관의 소멸)
1 이 특별약관의 보험수익자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「저체중아(2.5kg이하)출생보험금」,「저체중아(2.0kg이하)출생보험금」,「장해 출생보험금」및「심한장해 출생보험금」을 모두 지급받은 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.
4 제3항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 기본보장보험금 지급사유가 발생한 경우 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 무사고지급금에 대한 보장은 소멸됩니다.
5 제4항에 따라 무사고지급금에 대한 보장이 소멸된 경우에는 회사는 해당 보장의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

13. 신생아특정질환및외상진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 제1절 일반조항 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「신생아특정질환및외상」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 각 보장구분별 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 신생아특정질환및외상진단비로 지급합니다.

보장구분	지급금액
신생아 특정호흡기질환으로 진단확정된 경우 (단, 최초1회에 한하여 지급)	신생아 특정호흡기질환진단비보장 보험가입금액의 100%
신생아 특정복부장기질환으로 진단확정된 경우 (단, 최초1회에 한하여 지급)	신생아 특정복부장기질환진단비보장 보험가입금액의 100%
신생아 특정출산외상으로 진단확정된 경우 (단, 최초1회에 한하여 지급)	신생아 특정출산외상진단비보장 보험가입금액의 100%

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「신생아특정질환및외상」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항에 따라 신생아특정질환및외상진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 제1항에서 정한 신생아특정질환및외상진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

① 피보험자의 모(임산부)의 고의
② 계약자의 고의
③ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(신생아특정질환및외상의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「신생아특정질환및외상」이라 함은 「신생아 특정호흡기질환」,「신생아 특정복부장기질환」 및 「신생아 특정출산외상」을 총칭합니다.
2 이 특별약관에 있어「신생아 특정호흡기질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표7(신생아 특정호흡기질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
3 이 특별약관에 있어「신생아 특정복부장기질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표8(신생아 특정복부장기질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
4 이 특별약관에 있어「신생아 특정출산외상」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표9(신생아 특정출산외상 분류표)】에서 정한 상병을 말합니다.
5「신생아특정질환및외상」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「신생아특정질환및외상」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 각 보장구분에 해당하는 신생아특정질환및외상진단비 지급사유가 발생한 경우에는 그 때부터 해당 보장구분에 대하여 효력이 없으며, 회사는 해당 보장구분의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
2 제1항에 따라 각 보장구분에 대한 신생아특정질환및외상진단비 지급사유가 모두 발생한 경우에는 최종 보험금 지급사유가 발생한 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
3 제2항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

14. 신생아질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 제1절 일반조항 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「출생전후기 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 신생아질환수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

① 피보험자의 모(임산부)의 고의
② 계약자의 고의
③ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(출생전후기 질병의 정의)

1 이 특별약관에서「출생전후기 질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표2(출생전후기에 발생한 주요병태 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
2「출생전후기 질병」의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조(출생전후기의 정의)

이 특별약관에서「출생전후기」라 함은 임신 28주부터 생후 1주 사이의 기간을 말합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라

없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제7조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

15. 신생아 인큐베이터입원일당(1일이상 120일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 제1절 일반조항 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 발생한「출생전후기 질병」(【별표2(출생전후기에 발생한 주요병태 분류표)】 참조)의 치료를 직접적인 목적으로 인큐베이터(신생아 보육기를 말합니다)에 입원하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 신생아 인큐베이터입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 신생아 인큐베이터입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한「출생전후기 질병」의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「출생전후기 질병」에 대한 입원이라도 신생아 인큐베이터입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 신생아 인큐베이터입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 신생아 인큐베이터입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 피보험자가「신생아 인큐베이터입원일당」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 신생아 인큐베이터입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「출생전후기 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 신생아 인큐베이터입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

7 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속

전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 신생아 인큐베이터입원일당을 지급하지 않습니다.

제4조(출생전후기의 정의)
이 특별약관에서「출생전후기」라 함은 임신 28주부터 생후 1주 사이의 기간을 말합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 출생전후기 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제1절 일반조항 제10조 제5항 및 제35조 제2항, 제2절 보장조항 출생위험(III)(무사고지급형)보장 특별약관 제2조 제1항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금 (특별약관 제1절 일반조항 제5조)	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%)
해지환급금 (특별약관 제1절 일반조항 제35조 제1항) 출생위험(III) (무사고지급형)보장 특별약관의 무사고지급금 (해당 특별약관 제2조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 출생위험(III)(무사고지급형)보장 특별약관의 무사고지급금은 회사가 무사고지급금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 평균공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.

3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 제1절 일반조항 제10조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사

유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

출생전후기에 발생한 주요병태 분류표

1. 약관에 규정하는 출생전후기에 발생한 주요병태로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 산모 요인과 임신, 진통 및 분만의 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P00 - P04
2. 임신 기간 및 태아 성장과 관련된 장애	P05 - P08
3. 출산외상	P10 - P15
4. 출생전후기에 특이한 호흡기 및 심혈관 장애	P20 - P29
5. 출생전후기에 특이한 감염	P35 - P39
6. 태아 및 신생아의 출혈성 및 혈액학적 장애	P50 - P61
7. 태아 또는 신생아에 특이한 일과성 내분비 및 대사 장애	P70 - P74
8. 태아 및 신생아의 소화기계통 장애	P75 - P78
9. 태아 및 신생아의 외피 및 체온조절에 관련된 병태	P80 - P83
10.출생전후기에 기원한 기타 장애	P90 - P96

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표3】

장해의 대상

장해의 대상이 되는 기형은 다음과 같으며 아래 이외의 기형은 보상하지 않습니다.

1. 순환기계 기형

1) 심실중격결손증
좌우 심실의 사이에 작은 구멍이 있어 심장이 수축할 때 압력이 높은 좌심실로부터 압력이 낮은 우심실로 혈액이 역류하는 것. 따라서 우심실에 부담이 생겨 나중에 심부전을 일으킨다.

2) 심방중격결손증
좌우의 심방사이에 구멍이 있는 경우

2. 근골격계 기형

1) 다지증 : 지(指, 趾)가 6개 이상 있는 경우
2) 합지증 : 지(指, 趾)가 붙어 있는 경우
3) 결지증 : 지(指, 趾)가 부족한 경우
4) 열수(족) : 합지(趾)증이 심화되어 지(趾)가 붙어 있어야 할 곳보다 안쪽까지 찢어져 있는 경우
5) 내반수(족) : 手(足)가 전체로서 안쪽으로 휘어져 手(足)의 뒤쪽이 안쪽의 방향으로 향하여 있는 경우
6) 사경 : 목 한쪽이 휘어져 턱이 반대쪽에 올라간 상태의 경우

3. 소화기계 기형

1) 토순 : 윗입술이 찢어진 경우(중앙이 찢겨있는 경우, 혹은 우 또는 좌로 치우쳐진 곳에 찢겨져 있는 경우)
2) 구개열 : 토순보다도 더욱 심한 것으로 입안 구개골에 파열이 생기는 경우
3) 선천성식도폐색증 : 식도가 폐쇄 또는 협착상태에 있는 경우
4) 선천성장폐색증 : 장이 폐쇄 또는 협착상태에 있는 경우
5) 선천성담도폐색증 : 담도가 폐쇄 또는 협착상태에 있는 경우(본 증상을 가지고 있는 경우에는 십이지장에 담즙이 분비되지 않음)
6) 선천성항문폐색증 : 항문이 폐쇄되어 있는 경우

4. 뇌신경계 기형

1) 수두증 : 뇌척수액의 증가로 뇌실비대에 의해 머리가 커진 경우
2) 척추파열 : 척추중앙에 깨진 선이 있어 그곳으로부터 척수나 척수막 등이 바깥으로 부풀어져 나온 경우

5. 비뇨생식기계 기형

1) 요도상열 : 단순히 귀두 뒷면에 찢어진 선이 있는 경우나 때로는 음순하면전장에 열구가 있는 경우
2) 요도하열 : 요도가 음 선단에 미치지 못하고 음 하면에 개구가 있는 경우, 개구가 열상을 가지고 있는 경우
3) 선천성요도폐색증 : 요도가 폐쇄되어 있거나 협착상태에 있는 경우
4) 반음양 : 남성이면서 외음부가 여성처럼 보이는 경우, 여성이면서 남성처럼 보이는 경우를 말한다. 전자의 경우가 많고 이것을 남성가성반음양이라 한다.

6. 감각기계 기형

외이도폐쇄 : 외이도가 태어나면서 폐쇄한 상태에 있는 경우

7. 훼닐키톤뇨증(Phenylketonuria)

선천성대사이상의 일종으로 방치해두면 정신박약으로 된다. 치료는 페니르알린을 제거한 특수우유와 특수한 식사를 계속적으로 제공하는 방법에 의하지만 치료는 생후 2~3개월 이내에 치료하지 않으면 지능저하를 피할 수 없다. 그러므로 생후 1개월에 집단선별검사(신생아 선천성 대사이상 스크리닝 검사)를 행할 필요가 있다.

【별표4】

심한 장해의 대상

심한장해의 대상이 되는 기형은 다음과 같으며 아래 이외의 기형은 보상하지 않습니다.

1. 중증기형

1) 심한 포코멜리아(단지증, Phocomelia) : 사지의 장골에 결손 또는 단축이 있어 수족이 직접 또는 단축한 장골을 가지고 체구에 부착하고 있는 상태의 경우. 사지의 이상은 상지에서 잘보이며 하지의 이상은 드문 경우이며, 이 기형은 탈리도마이도(Thalidomide)계통제제를 사용하는 경우에 발생할 수 있다.
2) 무지증 : 사지가 완전하게 결손한 경우로서 상당히 심한 기형인 것
3) 절단증 : 태아일 때 사지가 양막에 말려있는 상태로 있어서 사지가 절단된 경우

2. 뇌성마비

뇌성마비란 (ㄱ)임신중의 장해, (ㄴ)출생시의 장해, (ㄷ)출생후 영아기의 장해등에 의해 뇌조직에 이상을 초래하여 수족이나 발성이 자유롭지 않게 되는 병이다. 뇌성마비의 원인으로 (ㄱ)임신중의 장해, (ㄴ)출생시의 장해에 의한 것 이외에 교통사고에 의한 외상성 장해등이 있으나 본 보험에서 담보하는 것은 임신중 또는 출산시의 장해로 인한 뇌성마비에 한한다.

3. 다운증후군의 염색체이상의 기형

21번째 염색체에 이상이 있는 경우에 있어 얼굴이 넓적하고 코가 작고 안열이 위로 삐뚤어져 사행하는 등 다운증후군의 특징적 얼굴형태를 가지는 경우로써 근육긴장감퇴, 지능저하(장해)증의 주요 증상이 보인다.

【별표5】

선천성 기형, 변형 및 염색체 이상

1. 약관에 규정하는 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 신경계통의 선천기형	Q00-Q07
2. 눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형	Q10-Q18
3. 순환계통의 선천기형	Q20-Q28
4. 호흡계통의 선천기형	Q30-Q34
5. 구순열 및 구개열	Q35-Q37
6. 소화계통의 기타 선천기형	Q38-Q45
7. 생식 기관의 선천기형	Q50-Q56
8. 비뇨계통의 선천기형	Q60-Q64
9. 근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65-Q79
10. 기타 선천기형	Q80-Q89
11. 달리 분류되지 않은 염색체 이상	Q90-Q99

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】

특정 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상

1. 약관에 규정하는 특정 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 신경계통의 선천기형	Q00-Q07
2. 눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형	Q10-Q18
(부이개 제외)	(Q17.0 제외)
3. 순환계통의 선천기형	Q20-Q28
4. 호흡계통의 선천기형	Q30-Q34
5. 구순열 및 구개열	Q35-Q37
6. 소화계통의 기타 선천기형	Q38-Q45
(혀유착증 제외)	(Q38.1 제외)
(대설증 제외)	(Q38.2 제외)
(혀의 기타 선천기형 제외)	(Q38.3 제외)
7. 생식 기관의 선천기형	Q50-Q56
8. 비뇨계통의 선천기형	Q60-Q64
9. 근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65-Q79
10. 기타 선천기형	Q80-Q89
(선천성 비신생물성 모반 제외)	(Q82.5 제외)
11. 달리 분류되지 않은 염색체 이상	Q90-Q99

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표7】

신생아 특정호흡기질환 분류표

1. 약관에 규정하는 신생아 특정호흡기질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
출산질식	P21
선천폐렴	P23
신생아혈액흡인	P24.2
출생전후기에 기원한 간질성 폐기종	P25.0
출생전후기에 기원한 기종격	P25.2
출생전후기에 기원한 기심낭	P25.3
출생전후기에 기원한 간질성 폐기종에 관련된 기타 병태	P25.8
출생전후기에 기원한 폐출혈	P26
출생전후기에 기원한 만성 호흡기질환	P27

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표8】

신생아 특정복부장기질환 분류표

1. 약관에 규정하는 신생아 특정복부장기질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
간의 출산손상	P15.0
비장의 출산손상	P15.1
신생아직장출혈	P54.2
기타 신생아위장출혈	P54.3
신생아부신출혈	P54.4
낭성 섬유증에서의 태변장폐색	P75
신생아의 기타 장폐색	P76
태아 및 신생아의 괴사성 장결장염	P77
출생전후기 장천공	P78.0
기타 신생아복막염	P78.1
선천성 신부전	P96.0

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9】

신생아 특정출산외상 분류표

1. 약관에 규정하는 신생아 특정출산외상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대 상 상 병	분류번호
중추신경계통에 대한 기타 출산손상	P11
말초 신경계통의 출산손상	P14
출산손상으로 인한 흉골유돌근의 손상	P15.2
눈의 출산손상	P15.3
얼굴의 출산손상	P15.4
외부생식기의 출산손상	P15.5
출산손상으로 인한 피하지방괴사	P15.6
신생아의 넓은 두개봉합	P96.3

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

무배당 보호자 임신출산보장
특별약관2206

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험)

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

2. 해지환급금 관련 유의사항

- 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.
- 계약의 해지환급금은 보험금 지급이나 계약체결/관리비용 지출 등으로 인하여 납입하신 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

○ 수술 관련 보장

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

○ 입원 관련 보장

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

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

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

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것

을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 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.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세 미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

이 계약은 피보험자가 사망한 경우 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를「납입기일」까지 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 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 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

8. 계약 전 · 후 알릴 의무

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

2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.

- 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로

지체없이 회사에 알려야 합니다.

① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
(1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
(2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
(3) 현재의 직업을 그만둔 경우

② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우

- 보험목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우, 보험목적을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
- 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 경우 또는 변경이 생겼음을 알게 된 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.

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

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

10. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 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. 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

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

보험용어 해설

○ **보험약관**
계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ **보험증권**
계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ **계약자**
회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람

○ **피보험자**
보험사고의 대상이 되는 사람

○ **보험수익자**
보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ **보험료**
계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관 보험료와 추가특별약관이 부가된 경우에는 추가특별약관 보험료의 합계액을 말합니다.

○ **보험금**
피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ **보험기간**
계약에 따라 보장을 받는 기간

○ **보장개시일**
회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ **보험계약일**
계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ **보험가입금액**
보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

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

○ 책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

○ 해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206(이하「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 소멸된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

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

1 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험 수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2 지급사유 관련 용어

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

용어	정의
한국 표준질병 사인분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

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

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

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균 공시 이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.25%입니다.
해지 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【 연단위 복리 】

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

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

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

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일,'관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관 보험료와 추가특별약관이 부가된 경우에는 추가특별약관 보험료의 합계액을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 주계약에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하「피보험자」라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제4조(보험금의 지급사유)의「사망」에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

【민법 제27조(실종의 선고)】
① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다. ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제4조(보험금의 지급사유)「사망」의 원인 및「사망보험금」지급에 영향을 미치지 않습니다.
3 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)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

제6조(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
2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제4조(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 선

박에 탑승하고 있는 동안

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

제7조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제8조(보험금 등의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조(보험금의 지급절차)

1 회사는 제8조(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 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

① 소송제기
② 분쟁조정 신청
③ 수사기관의 조사

④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
⑥ 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【 분쟁조정신청 】 분쟁조정신청은 이 약관의「분쟁의 조정」조항에 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

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

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

5 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
6 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 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.

제10조(보험금 받는 방법의 변경)

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

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

제11조(주소변경통지)

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

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

제12조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이 외의 보험금은 피보험자로 합니다.

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

제13조(대표자의 지정)

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

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

3 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【 계약자가 2명 이상인 경우 】
계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조(계약 전 알릴 의무)

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

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

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

【 상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력) 】
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【 사례 】
계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만

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

제15조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
   3) 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함 예) 학생, 미취학아동, 무직 등 【직무】 직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우

2 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제22조(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 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 「정산금액」이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

【위험변경시 해지환급금 정산】

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 해지환급금미지급형의 경우에도 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

【책임준비금】

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

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

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

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

제16조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생 여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

① 회사가 최초계약 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 날부터 3년이 지났을 때

④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)

⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해지환

급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
4 제1항 제1호에 따른 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 등으로 알려 드립니다.
5 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제15조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
6 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
7 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
8 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제17조(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 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
3 보험료 납입이 면제된 경우 제2항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조(보험계약의 성립)

1 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

【 보험가입금액 제한 】 피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다. 【 일부보장 제외(부담보) 】 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다. 【 보험금 삭감 】 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다. 【 보험료 할증 】 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

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

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

5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는

질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
6 제5항의「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
7 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제19조(청약의 철회)
1 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날 부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】 전문금융소비자가 아닌 계약자를 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 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하'서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료

를 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.

제20조(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

【약관의 중요한 내용예시】
- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 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

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이

경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】 전화・우편・인터넷 등의 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 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【 자필서명 】 계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다. 【 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 】 "전자서명"이라 함은 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다. 가. 서명자의 신원 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

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.

【보험계약대출이율】 계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

제21조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며

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

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【 상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【 상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험) 】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하

"전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】
심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제22조(계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

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

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

3 회사는 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

【 감액 】
보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해지환급금도 줄어듭니다)

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

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

제23조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제21조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

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

【 보험나이 계산 예시 】
생년월일 : 1988년 10월 2일
현재(계약일) : 2022년 4월 14일
⇒ 2022년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
= 33년 6월 12일 = 34세

【 계약해당일 】
최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일
-> 계약해당일 : 10월 1일
예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일
-> 계약해당일 : 2월 말일

제24조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 이 특별약관의 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제25조(특별약관의 소멸)

1 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

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

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

① 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 제16조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단

을 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.

제27조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)
주계약의 보장보험료의 납입이 면제된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 면제하지 않습니다.

제28조(보험료의 자동대출납입)
1 계약자는 제29조(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 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험

료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

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

제29조(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)기간까지 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
3 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활 (효력회복))

1 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무), 제16조(알릴 의무 위반의 효과), 제17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립), 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

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

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해지환급금 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 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
5 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】
1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

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

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
2 제21조(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 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의1(위법계약의 해지)

1 계약자는「금융소비자보호에 관한 법률」제47조 및 관련 규정이 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 제35조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사 할 수 있습니다.

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

제33조(중대사유로 인한 해지)

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

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

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

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

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해지환급금) 제1항에 따

른 해지환급금을 지급합니다.

제34조(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 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해지환급금)
1 이 약관에 따른 해지환급금은「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
2 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
3 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
4 제32조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제36조(보험계약대출)
1 계약자는 이 계약의 해지환급금 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, 해지환급금, 적립부분 해지환급금 전액 인출 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
3 제2항에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제38조(분쟁의 조정)

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

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

제39조(관할법원)

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

제40조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2022년 4월 1일에 발생하였음에도 2025년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제41조(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.

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

【 민법 제2조(신의성실) 제1항 】
① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

제42조(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.

제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)
1 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우
3 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내

역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
4 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
5 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

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

제45조(개인정보보호)

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

제46조(준거법)

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

제47조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

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

이 계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

예금자보호 한도는 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1명당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

무배당 보호자 임신출산보장
특별약관2206 추가특별약관

1. 보호자 임신・출산질환입원일당보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206(이하「특별약관」이라 합니다) 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중에「임신・출산관련질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 추가특별약관의 보험가입금액을 임신・출산질환입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 임신・출산질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한「임신・출산관련질환」의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「임신・출산관련질환」에 대한 입원이라도 임신・출산질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 임신・출산질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 임신・출산질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 피보험자가「임신・출산관련질환」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 임신・출산질환입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「임신・출산관련질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 임신・출산질환입원일당의 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 의료비용

은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(임신・출산관련질환의 정의 및 진단확정)
1 이 추가특별약관의「임신・출산관련질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「임신・출산관련질환」으로 분류되는 질병으로【별표3(임신・출산관련질환 분류표)】에서 정한 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애, 주로 임신과 관련된 기타 모성장애, 태아와 양막강 및 가능한 분만문제와 관련된 산모관리, 진통 및 분만의 합병증, 주로 산후기에 관련된 합병증을 말합니다.
2「임신・출산관련질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)
1 이 추가특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가「임신・출산관련질환」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 추가특별약관에 있어서「임신・출산관련질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 임신・출산관련질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 임신・출산관련질환의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 임신・출산관련질환을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 임신・출산관련질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 임신・출산관련질환으로 진단된 경우에는 이는 임신・출산관련질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(보험기간)
이 추가특별약관의 보험기간은 이 추가특별약관의 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제6조(추가특별약관의 소멸)
이 추가특별약관의 피보험자가 사망으로 이 추가특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 추가특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 추가특별약관

의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 특별약관을 따릅니다.

2. 보호자 임신・출산질환수술비보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206(이하「특별약관」이라 합니다) 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중에「임신・출산관련질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 추가특별약관의 보험가입금액을 임신・출산질환수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(임신・출산관련질환의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관의「임신・출산관련질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「임신・출산관련질환」으로 분류되는 질병으로【별표3(임신・출산관련질환 분류표)】에서 정한 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애, 주로 임신과 관련된 기타 모성장애, 태아와 양막강 및 가능한 분만문제와 관련된 산모관리, 진통 및 분만의 합병증, 주로 산후기에 관련된 합병증을 말합니다.

2「임신・출산관련질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 추가특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제5조(보험기간)

이 추가특별약관의 보험기간은 이 추가특별약관의 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제6조(추가특별약관의 소멸)

이 추가특별약관의 피보험자가 사망으로 이 추가특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 추가특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 추가특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 특별약관을 따릅니다.

3. 보호자 유산입원일당보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206(이하「특별약관」이라 합니다) 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중에「유산」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 추가특별약관의 보험가입금액을 유산입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 유산입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한「유산」의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「유산」에 대한 입원이라도 유산입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 유산입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 유산입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 피보험자가「유산」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 유산입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「유산」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 유산입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(유산의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관의「유산」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「유산」으로 분류되는 질병으로【별표4(유산 분류표)】에서 정한 자궁외 임신, 포상기태, 기타비정상적 수태부산물, 자연유산, 의학적 유산, 기타유산, 상세불명의 유산, 시도된 유산의 실패, 유산, 자궁외 임신 및 기타 임신에 따른 합병증을 말합니다.
2「유산」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)
1 이 추가특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가「유산」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 추가특별약관에 있어서「유산의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 유산으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 유산의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 유산을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 유산의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 유산으로 진단된 경우에는 이는 유산의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(보험기간)
이 추가특별약관의 보험기간은 이 추가특별약관의 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제6조(추가특별약관의 소멸)
이 추가특별약관의 피보험자가 사망으로 이 추가특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 추가특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 추가특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 특별약관을 따릅니다.

4. 보호자 유산수술비보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206(이하「특별약관」이라 합니다) 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중에「유산」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 추가특별약관의 보험가입금액을 유산수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(유산의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관의「유산」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「유산」으로 분류되는 질병으로【별표4(유산 분류표)】에서 정한 자궁외 임신, 포상기태, 기타비정상적 수태부산물, 자연유산, 의학적 유산, 기타유산, 상세불명의 유산, 시도된 유산의 실패, 유산, 자궁외 임신 및 기타 임신에 따른 합병증을 말합니다.

2「유산」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 추가특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를

인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제5조(보험기간)

이 추가특별약관의 보험기간은 이 추가특별약관의 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제6조(추가특별약관의 소멸)

이 추가특별약관의 피보험자가 사망으로 이 추가특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 추가특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 추가특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 특별약관을 따릅니다.

5. 보호자 임신・출산질환 고혈압당뇨병입원일당보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206(이하「특별약관」이라 합니다) 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중에「임신・출산관련 고혈압 및 당뇨병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 추가특별약관의 보험가입금액을 임신・출산 고혈압당뇨병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 임신・출산질환 고혈압당뇨병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한「임신・출산관련 고혈압 및 당뇨병」의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「임신・출산관련 고혈압 및 당뇨병」에 대한 입원이라도 임신・출산질환 고혈압당뇨병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 임신・출산질환 고혈압당뇨병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 임신・출산질환 고혈압당뇨병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 피보험자가「임신・출산관련 고혈압 및 당뇨병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 임신・출산질환 고혈압당뇨병입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「임신・출산관련 고혈압 및 당뇨병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 임신・출산질환 고혈압당뇨병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

7 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가

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

제3조(임신・출산관련 고혈압 및 당뇨병의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관의「임신・출산관련 고혈압 및 당뇨병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「임신・출산관련 고혈압 및 당뇨병」으로 분류되는 질병으로【별표5(임신・출산관련 고혈압・당뇨병 분류표)】에서 정한 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애, 임신중 당뇨병을 말합니다.

2「임신・출산관련 고혈압 및 당뇨병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 추가특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가「임신・출산관련 고혈압 및 당뇨병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 추가특별약관에 있어서「임신・출산관련 고혈압 및 당뇨병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 임신・출산관련 고혈압 및 당뇨병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 임신・출산관련 고혈압 및 당뇨병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 임신・출산관련 고혈압 및 당뇨병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 임신・출산관련 고혈압 및 당뇨병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원후 최초로 임신・출산관련 고혈압 및 당뇨병으로 진단된 경우에는 이는 임신・출산관련 고혈압 및 당뇨병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(보험기간)

이 추가특별약관의 보험기간은 이 추가특별약관의 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제6조(추가특별약관의 소멸)

이 추가특별약관의 피보험자가 사망으로 이 추가특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 추가특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 추가특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 특별약관을 따릅니다.

6. 보호자 여성산과관련자궁적출수술비보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206(이하「특별약관」이라 합니다) 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중에「여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(자궁적출수술의 정의와 장소)에서 정한「자궁적출수술」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 추가특별약관의 보험가입금액을 여성산과관련자궁적출수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(여성산과(임신,출산 및 산후)관련 특정질병의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관의「여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병」으로 분류되는 질병으로【별표2(여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병 분류표)】에서 정한 유산된 임신, 임신,출산및산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애, 주로 임신과 관련된 기타 모성 장애, 태아와 양막강 및 가능한 분만문제와 관련된 산모관리, 진통 및 분만의 합병증, 분만, 주로 산후기에 관련된 합병증을 말합니다.

2「여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(자궁적출수술의 정의와 장소)

1 이 추가특별약관의「자궁적출수술」이라 함은【별표6(자궁적출수술 분류표)】에서 정한 자궁을 적출하는 수술(외과적으로 제거함)로 의사에 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 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「자궁적출수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의「자궁적출수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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
⑧ 자궁경부 원추형 절제술(Conization of cervix)

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】 - 체외 충격파 쇄석술 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제5조(보험기간)

이 추가특별약관의 보험기간은 이 추가특별약관의 계약일부터 임신중 또는 분만후 42일까지로 합니다.

제6조(추가특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성산과관련자궁적출수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 추가특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 추가특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 특별약관을 따릅니다.

7. 보호자 태반조기박리진단비보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206(이하「특별약관」이라 합니다) 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중에「태반조기박리」로 진단확정된 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 추가특별약관의 보험가입금액을 태반조기박리진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(태반조기박리의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관에 있어「태반조기박리」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「태반조기박리」(【별표7(태반조기박리 분류표)】 참조)으로 진단확정을 받은 경우를 말합니다.

2「태반조기박리」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(보험기간)

이 추가특별약관의 보험기간은 이 추가특별약관의 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제5조(추가특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 태반조기박리진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 추가특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 추가특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 특별약관을 따릅니다.

8. 보호자 임신중독증(자간포함)진단비보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206(이하「특별약관」이라 합니다) 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중에「임신중독증(자간포함)」로 진단확정된 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 추가특별약관의 보험가입금액을 임신중독증(자간포함)진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(임신중독증(자간포함)의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관에 있어「임신중독증(자간포함)」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「임신중독증(자간포함)」(【별표8(임신중독증(자간포함) 분류표)】 참조)으로 진단확정을 받은 경우를 말합니다.

2「임신중독증(자간포함)」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(보험기간)

이 추가특별약관의 보험기간은 이 추가특별약관의 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제5조(추가특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 임신중독증(자간포함)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 추가특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 추가특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)
이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 특별약관을 따릅니다.

9. 보호자 유산진단비보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206(이하「특별약관」이라 합니다) 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중에「유산」으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 추가특별약관의 보험가입금액을 유산진단비로 지급합니다. 다만 다태아 유산의 경우 1회 유산으로 간주합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(유산의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관의「유산」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「유산」으로 분류되는 질병으로【별표4(유산 분류표)】에서 정한 자궁외 임신, 포상기태, 기타비정상적 수태부산물, 자연유산, 의학적 유산, 기타유산, 상세불명의 유산, 시도된 유산의 실패, 유산, 자궁외 임신 및 기타 임신에 따른 합병증을 말합니다.

2「유산」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(보험기간)

이 추가특별약관의 보험기간은 이 추가특별약관의 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제5조(추가특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 유산진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 추가특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 추가특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 특별약관을 따릅니다.

10. 보호자 출산전선별검사이상소견진단비 보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206(이하「특별약관」이라 합니다) 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중에【별표9(산전 선별검사 이상소견 분류표)】정한 출산전 선별검사 결과 이상소견(이하「출산전 선별검사 결과 이상소견」이라 합니다)으로 진단확정된 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 추가특별약관의 보험가입금액을 출산전선별검사이상소견진단비로 지급합니다. 단, 보험가입 이전 산전 선별검사 이상소견으로 이미 진단을 받은 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험기간이 만료되었을 때에도 동일한 임신에 한하여 제3조(출산전 선별검사 결과 이상소견의 정의 및 진단확정)에서 정한 이상소견으로 진단 확정되었을 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

제3조(출산전 선별검사 결과 이상소견의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관에 있어「이상소견」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「산모의 출산전 선별검사의 이상소견」【별표9(산전 선별검사 이상소견 분류표)】에 해당하는 질병을 말합니다.

2「출산전선별검사」란 임신 중 태아의 선천기형 등을 선별하기 위한 검사로써, 일반적으로 출산전검사라 불리웁니다.

3「이상소견」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조(보험기간)

이 추가특별약관의 보험기간은 이 추가특별약관의 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

③ 출산전선별검사 결과지

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(추가특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 출산전선별검사이상 소견진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 추가특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 추가특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 추가특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 특별약관을 따릅니다.

11. 보호자 여성산과관련질병사망보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206(이하「특별약관」이라 합니다) 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중에【별표2(여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병 분류표)】에서 정한「여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병」으로 임신중 또는 분만후 42일 이내에 사망한 때에는 보험수익자에게 이 추가특별약관의 보험가입금액을 여성산과관련질병사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유)「사망」의 원인 및「사망보험금」지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관의「여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병」으로 분류되는 질병으로【별표2(여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병 분류표)】에서 정한 유산된 임신, 임신,출산및산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애, 주로 임신과 관련된 기타 모성 장애, 태아와 양막강 및 가능한 분만문제와 관련된 산모관리, 진통 및 분만의 합병증, 분만, 주로 산후기에 관련된 합병증을 말합니다.

2「여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
③ 출산전선별검사 결과지
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(보험기간)

이 추가특별약관의 보험기간은 이 특별약관의 계약일부터 임신중 또는 분만후 42일까지로 합니다.

제6조(추가특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성산과관련질병사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 추가특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 추가특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 특별약관을 따릅니다.

12. 보호자 특정고위험산모질환진단비 (가사도우미지원)보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206(이하「특별약관」이라 합니다) 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중에「특정고위험산모질환」으로 진단확정된 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 추가특별약관의 보험가입금액을 특정고위험산모질환진단비(가사도우미지원)로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특정고위험산모질환의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관에 있어「특정고위험산모질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「특정고위험산모질환」(【별표10(특정고위험산모질환 분류표)】참조)으로 진단확정을 받은 경우를 말합니다.

2「특정고위험산모질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「특정고위험산모질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「특정고위험산모질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보험기간)

이 추가특별약관의 보험기간은 이 추가특별약관의 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제5조(추가특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정고위험산모질환진단비(가사도우미지원) 지급사유가 발생한 경우에는 이 추가특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 추가특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 특별약관을 따릅니다.

12-1. 가사도우미지원 프로그램(보호자 특정고위험 산모질환진단비) 추가특별약관

제1조(가사도우미지원 프로그램의 제공)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중 12. 보호자 특정고위험산모질환진단비(가사도우미지원)보장 추가특별약관(이하「가사도우미지원 대상 특별약관」이라 합니다) 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정고위험산모질환진단비(가사도우미지원)의 지급사유가 발생한 경우 회사가 보험수익자에게 지급하여야 할 특정고위험산모질환진단비(가사도우미지원)를 대신하여 제2조(가사도우미지원 프로그램의 정의)에서 정한 가사도우미지원 프로그램(이하「가사도우미지원 프로그램」이라 합니다)을 제휴회사를 통해 보험수익자에게 제공합니다.

2 제1항에 따라 제휴회사가 가사도우미지원 프로그램을 제공한 경우 회사는 가사도우미지원 대상 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정고위험산모질환진단비(가사도우미지원)를 지급하지 않습니다.

3 제1항에도 불구하고 보험수익자가 현금으로 지급받기를 원하거나, 회사가 부득이한 이유로 가사도우미지원 프로그램을 제공할 수 없는 경우 회사는 가사도우미지원 대상 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정고위험산모질환진단비(가사도우미지원)를 지급하고 가사도우미지원 프로그램을 제공하지 않습니다.

제2조(가사도우미지원 프로그램의 정의)

1 이 추가특별약관에서 가사도우미지원 프로그램이란【별표12(가사도우미지원(특정고위험산모질환) 프로그램 세부내용)】에서 정한 프로그램을 제휴회사가 직접 보험수익자에게 제공하는 것을 말합니다.

2 제1항에서 제휴회사라 함은 회사와 가사도우미지원 프로그램에 대한 업무협약을 체결하고, 가사도우미지원 프로그램의 제공의무를 지는 자를 말합니다.

3 제1항의 가사도우미지원 프로그램은 4시간을 기준으로 하며, 보험수익자의 사정으로 4시간 미만으로 사용한 경우에도 4시간을 사용한 것으로 간주하며, 이 때 가사도우미를 사용하지 않는 시간에 대한 가사도우미지원 프로그램의 상당액은 지급하지 않습니다.

4 보험수익자가 제1항에서 정한 가사도우미지원 프로그램 이외의 추가 프로그램을 이용하거나 제휴회사가 제공하기로 한 프로그램 지원 횟수를 초과하여 이용한 경우 해당 프로그램 비용은 제휴회사에 별도로 부담하여야 합니다.

5 제1항의 가사도우미지원 프로그램 세부내용은 생활환경 변화 등을 고려하여 다른 프로그램으로 변경될 수 있으며, 이 경우 회사는 프로그램 세부내용, 지원횟수 및 보험가입금액 등을 계약자에게 안내합니다. 또한, 가사도우미지원 프로그램의 내용을 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시하며, 가사도우미지원 프로그램 제공시점에 가사도우미지원 프로그램 세부내용을 보험수익자에게 알려드립니다.
6 제1항 내지 제4항에도 불구하고 보험수익자가 가사도우미지원 프로그램을 이용할 수 없거나 가사도우미지원 프로그램의 일부 프로그램을 이용하고 중지를 신청한 경우 제휴회사는 보험금에서 그 때까지 이용한 프로그램 비용을 차감하여 보험수익자에게 지급합니다. 이 경우 프로그램 비용은 회사와 제휴회사간 업무협약을 맺은 환불가격에 따릅니다.

제3조(추가특별약관의 체결 및 효력)

1 이 추가특별약관은 가사도우미지원 대상 특별약관이 포함된 계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.
2 제휴회사가 가사도우미지원 프로그램을 전부 제공한 경우 보험수익자에 대한 이 추가특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
3 제2항 이외에 이 추가특별약관이 부가된 계약 또는 가사도우미지원 대상 특별약관이 해지, 무효, 기타 사유에 의하여 효력이 없어진 경우에는 이 추가특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제4조 (준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206을 따릅니다.

13. 보호자 분만전후출혈수혈치료비 (최초1회한)보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206(이하「특별약관」이라 합니다) 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중「분만전후출혈」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「수혈」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 추가특별약관의 보험가입금액을 분만전후출혈수혈치료비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 분만전후출혈로 수혈을 2회이상 받은 경우에는 1회의 수혈에 대해서만 보험금을 지급합니다.

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

제3조(분만전후출혈, 수혈의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관에서「분만전후출혈」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중【별표11(분만전후출혈 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2 이 추가특별약관에서「수혈」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 「분만전후출혈」의 치료를 직접적인 목적으로 사람의 혈액(피)이나 그 일부 성분을 환자의 혈관에 주입하는 치료를 말합니다.

3「분만전후출혈」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 임상학적 기준을 근거로 혈청요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 내려져야 합니다. 이와 함께「수혈」의 증거를 확인할 수 있는 의무기록지 등을 제출해야합니다. 또한, 회사가 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수

있습니다.

제4조(보험기간)
이 추가특별약관의 보험기간은 이 추가특별약관의 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제5조(추가특별약관의 소멸)
1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 분만전후출혈수혈치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 추가특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 추가특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 특별약관을 따릅니다.

14. 보호자 자궁경관봉축술치료비(급여)보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206(이하「특별약관」이라 합니다) 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중「임신, 출산 및 산후기질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「자궁경관봉축술(급여)」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 추가특별약관의 보험가입금액을 자궁경관봉축술보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(임신, 출산 및 산후기질환의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관에서「임신, 출산 및 산후기질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「임신, 출산 및 산후기질환」으로 분류되는 질병으로【별표13(임신, 출산 및 산후기질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2「임신, 출산 및 산후기질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(자궁경관봉축술(급여)의 정의)

1 이 추가특별약관에서「자궁경관봉축술(급여)」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사(치과의사 제외)면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)가 피보험자의「임신, 출산 및 산후기질환」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의「진료행위코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	진료행위 코드
자궁경관봉축술-맥도날드	R4281
자궁경관봉축술-쉬로도카법	R4282
자궁경관봉축술-복식자궁경관봉축술	R4283
자궁경관봉축술-양막복원후 자궁경부원형봉합술	R4284

2 제1항의「자궁경관봉출술(급여)」은「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 이 추가특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경된 경우에는「자궁경관봉축술(급여)」의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

4 제3항에도 불구하고 이 추가특별약관에서 보장하는「자궁경관봉출술(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 추가특별약관에서 보장하는「자궁경관봉축술(급여)」의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험기간)

이 추가특별약관의 보험기간은 이 추가특별약관의 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제6조(추가특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 자궁경관봉축술보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 추가특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 추가특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 특별약관을 따릅니다.

15. 보호자 특정산과적외상진단비보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 무배당 보호자 임신출산보장 특별약관2206(이하 「특별약관」이라 합니다) 제3조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 추가특별약관의 보험기간 중「특정산과적외상」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 추가특별약관의 보험가입금액을 특정산과적외상진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「특정산과적외상」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항에 따라 특정산과적외상진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(추가특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 추가특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 제1항에서 정한 특정산과적외상진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특정산과적외상의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관에 있어「특정산과적외상」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표14(특정산과적외상 분류표)】에서 정한 상병을 말합니다.

2「특정산과적외상」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「특정산과적외상」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험기간)

이 추가특별약관의 보험기간은 이 추가특별약관의 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제5조(추가특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정산과적외상진단

비 지급사유가 발생한 경우에는 이 추가특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 추가특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 특별약관을 따릅니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제9조 제5항 및 제35조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금 (추가특별약관이 부가된 경우 추가특별약관의 보험금 포함)	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%)
해지환급금 (특별약관 제35조 제2항) (추가특별약관이 부가된 경우 추가특별약관의 해지환급금 포함)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.

2. 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.

3. 가산이율 적용시 제9조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병 분류표

1. 약관에 규정하는 여성산과(임신,출산및산후)관련 특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 유산된 임신	O00～O08
2. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성장애	O10～O16
3. 주로 임신에 관련된 기타 산모장애	O20～O29
4. 태아와 양막강 그리고 가능한 분만문제와 관련된 산모관리	O30～O48
5. 진통 및 분만의 합병증	O60～O75
6. 분만	O80～O84
7. 주로 산후기에 관련된 합병증	O85～O92

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표3】

임신・출산관련질환 분류표

1. 약관에 규정하는 임신・출산관련질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	O10～O16
2. 주로 임신에 관련된 기타 산모장애	O20～O29
3. 태아와 양막강 그리고 가능한 분만문제와 관련된 산모관리	O30～O48
4. 진통 및 분만의 합병증	O60～O75
5. 주로 산후기에 관련된 합병증	O85～O92

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】

유산 분류표

1. 약관에 규정하는 유산으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 자궁외 임신	O00
2. 포상기태	O01
3. 기타 비정상적 수태부산물	O02
4. 자연유산	O03
5. 의학적 유산	O04
6. 기타유산	O05
7. 상세불명의 유산	O06
8. 시도된 유산의 실패	O07
9. 유산, 자궁외 임신 및 기태임신에 따른 합병증	O08

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

임신・출산관련 고혈압・당뇨병 분류표

1. 약관에 규정하는 임신・출산관련 고혈압 및 당뇨병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	O10～O16
2. 임신중 당뇨병	O24

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】

자궁적출수술 분류표

1. 약관에 규정하는 자궁적출수술은 국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)에 의한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 합니다.

수술명	수술 및 처치코드
1. 복식 부분자궁적출술 (Subtotal abdominal hysterectomy)	68.3
2. 복식 전자궁적출술 (Total abdominal hysterectomy)	68.4
3. 질식 전자궁적출술(Vaginal hysterectomy)	68.5
4. 복식 근치자궁적출술 (Radical abdominal hysterectomy)	68.6
5. 질식 근치자궁적출술 (Radical vaginal hysterectomy)	68.7
6. 골반 장기적출술(Pelvic evisceration)	68.8
7. 기타 및 상세불명 자궁적출술 (Other and unspecified hysterectomy)	68.9

다만, 자궁경부 원추형 절제술(Conization of cervix)은 보장에서 제외합니다.
국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)가 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다.

2. 수술 당시의 국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)에 따라 약관에서 보상하는 수술에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 국제의료행위 분류표(ICD.9-CM) 개정으로 의료행위분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 수술 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표7】

태반조기박리 분류표

1. 약관에 규정하는 태반조기분리(태반조기박리)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
태반의 조기분리(태반조기박리)	O45

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표8】

임신중독증(자간포함) 분류표

1. 약관에 규정하는 임신중독증(자간포함)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
임신 중독증	1. 전자간 2. 자간	O14 O15

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9】

산전 선별검사 이상소견 분류표

1. 약관에 규정하는 출산전 선별검사 결과 이상소견으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
산모의 출산전 선별검사의 이상소견	O28

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표10】

특정고위험산모질환 분류표

1. 약관에 규정하는 특정고위험산모질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
양수과다증	O40
양수과소증	O41.0
전치태반	O44
전치맥관이 합병된 진통 및 분만	O69.4

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표11】

분만전후출혈 분류표

1. 약관에 규정하는 분만전후출혈로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 달리 분류되지 않은 분만전 출혈	O46
2. 달리 분류되지 않은 분만중 출혈이 합병된 진통 및 분만	O67
3. 분만후 출혈	O72

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표12】

가사도우미지원(특정고위험산모질환) 프로그램 세부 내용

프로그램 내용	지원횟수
주방, 욕실, 바닥, 먼지제거, 쓰레기배출, 세탁 등 청소와 관련된 전반적인 서비스 (4시간기본 제공기준)	6회

가사도우미지원(특정고위험산모질환) 프로그램은 생활환경변화 등을 고려하여 다른 프로그램으로 변경될 수 있습니다.

【별표13】

임신, 출산 및 산후기질환 분류표

1. 약관에 규정하는 임신, 출산 및 산후기질환 관련 특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 유산된 임신	O00～O08
2. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성장애	O10～O16
3. 주로 임신에 관련된 기타 산모장애	O20～O29
4. 태아와 양막강 그리고 가능한 분만문제와 관련된 산모관리	O30～O48
5. 진통 및 분만의 합병증	O60～O75
6. 분만	O80～O84
7. 주로 산후기에 관련된 합병증	O85～O92
8. 달리 분류되지 않은 기타 산과적 병태	O94～O99

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표14】

특정산과적외상 분류표

1. 약관에 규정하는 특정산과적외상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대 상 상 병	분류번호
진통 시작 전의 자궁파열	O71.0
분만중 자궁파열	O71.1
분만후 자궁내번	O71.2
골반기관에 대한 기타 산과적 손상	O71.5
골반 관절 및 인대에 대한 산과적 손상	O71.6

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

무배당 내Mom같은 베이비 추가보장 특별약관2206

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 소아백혈병보장개시일, 다발성소아암보장개시일은 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 특정9대감염병보장개시일은 보험계약일을 기준으로 부활(효력회복)일을 포함하여 10일이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

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

○ 배상책임 관련 보장

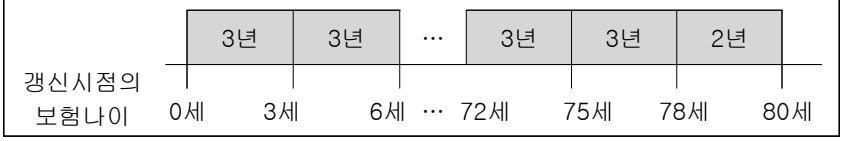
- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에

는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

○ 갱신형 보장

- 자동갱신 적용대상 특별약관(갱신형 보장)의 보험기간은 3년/10년만기(단, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년/10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초가입 후 3년/10년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【갱신형 보장의 보험기간(예시:3년)】
0세 피보험자가 갱신종료연령을 80세로하여 갱신형 보장을 가입하는 경우



- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 위험률의 변동 등)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

- 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.
- 계약의 해지환급금은 보험금 지급이나 계약체결/관리비용 지출 등으로 인하여 납입하신 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

- 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 계약일부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한

침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

○ 질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

○ 수술 관련 보장

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

○ 입원 관련 보장

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

○ 상해 관련 보장

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

○ 태아가입보험

- 보험계약을 체결할 때 피보험자로 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우 출생을 조건으로 보험계약 체결시점에 소급하여 피보험자가 됩니다.
- 태아가 복수로 출생한 경우 계약자는 피보험자 각각을 지정할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.

○ 배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

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

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입 면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

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

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는

방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 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.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세 미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 무효(배상책임보장 관련)

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

6. 계약의 소멸(신체보장 관련)

이 계약은 피보험자가 사망한 경우에는 소멸됩니다.

7. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를「납입기일」까지 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 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 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

8. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

9. 계약 전 · 후 알릴 의무

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

2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.

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

  ① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
  (1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
  (2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
  (3) 현재의 직업을 그만둔 경우

  ② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
  예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

  ③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
  예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

  ④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우

- 보험목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우, 보험목적을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.

- 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 경우 또는 변경이 생겼음을 알게 된 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.

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

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

10. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 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. 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

11. 보험금의 지급(배상책임보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자 또는 보험수익자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

12. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구

권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 내에서 그 권리를 취득합니다.

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

보험용어 해설

○ **보험약관**
계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ **보험증권**
계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ **계약자**
회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람

○ **피보험자**
보험사고의 대상이 되는 사람

○ **보험수익자**
보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ **보험료**
계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ **보험금**
피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ **보험기간**
계약에 따라 보장을 받는 기간

○ **보장개시일**
회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ **보험계약일**
계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

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

○ 책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

○ 해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 내Mom같은 베이비 추가보장 특별약관2206(이하「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병 또는 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 소멸된 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

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

1 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험 수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

용어	정의
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국 표준질병 사인분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

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

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

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균 공시 이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.25%입니다.
해지 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

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

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일,'관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 특별약관의 보험금의 지급사유는 제2절 보상조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 특별약관의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보상조항에서 정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는

다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

제6조(보험금 지급사유의 통지)

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

제7조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

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

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(보험금의 지급절차)

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

2 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 제외

하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

① 소송제기
② 분쟁조정 신청
③ 수사기관의 조사
④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
⑥ 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【 분쟁조정신청 】
분쟁조정신청은 이 약관의「분쟁의 조정」조항에 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

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

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

5 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

6 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사

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

제10조(주소변경통지)
1 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
2 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)
보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이 외의 보험금은 피보험자로 합니다.

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

제12조(대표자의 지정)
1 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
2 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은

경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

3 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

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

【연대】

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

【계약 전 알릴 의무】

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

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

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

【 상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력) 】
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

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

제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)
1 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
3) 현재의 직업을 그만둔 경우

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

【직무】
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용dir 스쿠터 등은 제외합니다.)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우

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

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

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

3 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 「정산금액」이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

【위험변경시 해지환급금 정산】

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

【책임준비금】

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

4 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)

를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하「변경전 요율」이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

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

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

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생 여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

① 회사가 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 날부터 3년이 지났을 때

④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을

해지할 수 있습니다)

⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항 제1호에 따른 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 등으로 알려 드립니다.

5 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

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

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

8 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제16조(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 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
3 보험료 납입이 면제된 경우 제2항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제17조(보험계약의 성립)

1 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
2 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【 보험가입금액 제한 】 피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다. 【 일부보장 제외(부담보) 】 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다. 【 보험금 삭감 】 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다. 【 보험료 할증 】 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

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

된 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 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
6 제5항의「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
7 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조(청약의 철회)
1 일반금융소비자인 계약자 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 계약자를 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 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이

에 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 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

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

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

【보험계약대출이율】 계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

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

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

【약관의 중요한 내용예시】
- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 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

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】
전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【 자필서명 】
계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 】
"전자서명"이라 함은 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
가. 서명자의 신원
나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

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.

【보험계약대출이율】
계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

제20조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행

령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할

수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제21조(계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

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

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

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

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

【 감액 】 보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해지환급금도 줄어듭니다)

5 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경

우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
6 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제22조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
3 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【 보험나이 계산 예시 】 생년월일 : 1988년 10월 2일 현재(계약일) : 2022년 4월 14일 ⇒ 2022년 4월 14일 - 1988년 10월 2일 = 33년 6월 12일 = 34세 【 계약해당일 】 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일 -> 계약해당일 : 10월 1일 예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일 -> 계약해당일 : 2월 말일

제23조(특별약관의 소멸)

이 계약의 특별약관의 소멸사유는 제2절 보상조항에서 정합니다.

제5관 보험료의 납입

제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1

회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

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

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

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

② 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제25조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

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

제25조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)

주계약의 보장보험료의 납입이 면제된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 면제하지 않습니다.

제26조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제34조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

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

제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)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)기간까지 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 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립), 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제13조(계약 전

알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

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

제29조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

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

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

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

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

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

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

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

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제30조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
2 제1항에도 불구하고 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우, 출생예정일 이후 해지하였으나 태아가 출생 전이면 출생예정일 이후에 해당하는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
3 제2항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의「태아가 출생하기 전」임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.
4 제20조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조의1(위법계약의 해지)

1 계약자는「금융소비자보호에 관한 법률」제47조 및 관련 규정이 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 제33조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사 할 수 있습니다.

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

제31조(중대사유로 인한 해지)

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

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

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

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

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취

지를 계약자에게 통지하고 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제32조(회사의 파산선고와 해지)

1 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

2 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

3 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(해지환급금)

1 이 약관에 따른 해지환급금은「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

2 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

3 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

4 제30조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제34조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해지환급금 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, 해지환급금, 적립부분 해지환급금 전액 인출 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 회사는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제35조(배당금의 지급)
회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제36조(분쟁의 조정)
1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제37조(관할법원)
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제38조(소멸시효)
보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2022년 4월 1일에 발생하였음에도 2025년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제39조(약관의 해석)
1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

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

【 민법 제2조(신의성실) 제1항 】
① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
3 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제40조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)
1 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
2 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
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.

제41조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)
1 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요

가 없어지는 경우

④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

4 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

5 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제42조(회사의 손해배상책임)

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

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

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

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

제43조(개인정보보호)

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

및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제44조(준거법)
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제45조(예금보험에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】
예금자보호제도란 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.
이 계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)
예금자보호 한도는 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1명당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

제2절 보상조항

제1장 어린이청소년 관련 특별약관

1-1. 스쿨존내 어린이 교통사고치료비 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조 제4항부터 제6항까지」에 의하여 지방경찰청장 또는 경찰서장이 어린이 보호구역으로 지정한 지역(이하「스쿨존」이라 합니다)내에서 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고(이하「교통사고」라 합니다)로 신체에 입은 상해를 말하며, 이하「교통상해」라 합니다)를 입었을 때에는 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 스쿨존내 어린이 교통사고치료비로 지급합니다.

① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 급격하고도 우연한 외래의 사고

② 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고

【어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조(보호구역의 지정) 제4항 내지 제6항】
④ 시장등은 제1항부터 제3항까지의 규정에 따라 「도로교통법」 제12조 및 제12조의2에 따른 어린이 보호구역, 노인 보호구역 및 장애인 보호구역(이하 "보호구역"이라 한다)의 지정 신청을 받았을 때에는 다음 각 호의 사항을 조사하여야 한다. 1. 보호구역 지정대상시설 주변 도로의 자동차 통행량 및 주차 수요 2. 보호구역 지정대상시설 주변 도로의 신호기·안전표지(이하 "교통안전시설"이라 한다) 및 도로부속물 설치현황 3. 보호구역 지정대상시설 주변 도로에서의 연간 교통사고 발생현황

4. 보호구역 지정대상시설 주변 도로를 통행하는 어린이, 노인 또는 장애인의 수와 통행로의 체계 등

⑤ 시장등은 제4항 각 호의 사항을 조사하기 위해 지방경찰청장 또는 경찰서장 등 관련 행정기관 또는 공공기관에 필요한 자료를 요청할 수 있다.

⑥ 시장등은 제4항에 따른 조사 결과 보호구역으로 지정·관리할 필요가 인정되는 경우에는 관할 지방경찰청장 또는 경찰서장과 협의하여 해당 보호구역 지정대상시설의 주(主) 출입문을 중심으로 반경 300미터 이내의 도로 중 일정구간을 보호구역으로 지정한다. 다만, 시장등은 해당 지역의 교통여건 및 효과성 등을 면밀히 검토하여 필요한 경우 보호구역 지정대상시설의 주 출입문을 중심으로 반경 500미터 이내의 도로에 대해서도 보호구역으로 지정할 수 있다.

⑦ 시장등은 제1항부터 제3항까지의 규정에도 불구하고 교통사고의 위험으로부터 어린이, 노인 또는 장애인을 보호하여야 할 필요성이 특별히 인정되는 경우에는 제4항 각 호의 사항에 대한 조사를 거쳐 직접 보호구역 지정대상시설의 주변도로를 보호구역으로 지정할 수 있다. 이 경우 자료의 요청 및 지정 범위 등에 관하여는 제5항 및 제6항을 준용한다.

【용어풀이】

1.「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기 등(이하「건설기계」라 합니다)을 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

2.「기타 교통수단」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, 보트 포함)

④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

2 제1항의 교통사고는 관할경찰서에서 교통사고로 접수된 경우를 말하며, 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.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
② 하역작업을 하는 동안
③ 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-2. 안전사고피해치료비보장 특별약관
(폭력치료비, 유괴인신매매피해치료비)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

① 피보험자가 일상생활중 제3자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 신체에 상해를 입었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액의 25%를 폭력치료비로 지급합니다. 다만, 관할경찰서의 폭력사고 확인서를 제출하여야 합니다.

② 피보험자가 약취와 유인의 죄(형법 제31장 제287조, 제288조, 제289조, 제290조, 제291조)에 의해 피해자가 된 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 유괴인신매매피해치료비로 지급합니다.

【형법 제287조(미성년자의 약취, 유인)】

미성년자를 약취 또는 유인한 사람은 10년 이하의 징역에 처한다.

【형법 제288조(추행 등 목적 약취, 유인 등)】

① 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

② 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.

③ 국외에 이송할 목적으로 사람을 약취 또는 유인하거나 약취 또는 유인된 사람을 국외에 이송한 사람도 제2항과 동일한 형으로 처벌한다.

【형법 제289조(인신매매)】

① 사람을 매매한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.

② 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 매매한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

③ 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 매매한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.

④ 국외에 이송할 목적으로 사람을 매매하거나 매매된 사람을 국외로 이송한 사람도 제3항과 동일한 형으로 처벌한다.

【형법 제290조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해·치상)】
① 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해한 때에는 3년 이상 25년 이하의 징역에 처한다.
② 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해에 이르게 한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.

【형법 제291조(약취, 유인, 매매, 이송 등 살인·치사)】
① 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 살해한 때에는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
② 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우에는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 생긴 손해
② 피보험자의 친족에 의한 사고
③ 피보험자가「폭력행위 등 처벌에 관한 법률」제4조의 적용을 받는 단체의 가입원으로서 그 단체의 활동 중에 발생된 사고
2 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우에는 특별약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 생긴 손해와 피보험자가 원인이 불명확한 실종 및 행방불명이 된 경우 보상하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료

및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-3. 생활질환입원일당보장 특별약관
(아토피피부염·중이염·축농증)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「생활질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 생활질환입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 생활질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한「생활질환」의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「생활질환」에 대한 입원이라도 생활질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 생활질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 생활질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 피보험자가「생활질환」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 생활질환입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「생활질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 생활질환입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(생활질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관의「생활질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「아토피피부염」,「중이염」또는「축농증」로 분류되는 질병으로【별표3(아토피피부염・중이염・축농증 분류표)】에 해당하는 질병을 말합니다.
2「생활질환」의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)
1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 생활질환의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서「생활질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 생활질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 생활질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 생활질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 생활질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 생활질환으로 진단된 경우에는 이는 생활질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-4. 어린이12대다발성질환입원일당보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「어린이12대다발성질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 어린이12대다발성질환입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 어린이12대다발성질환입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한「어린이12대다발성질환」의 치료를 직접목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「어린이12대다발성질환」에 대한 입원이라도 어린이12대다발성질환입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 어린이12대다발성질환입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 어린이12대다발성질환입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 피보험자가「어린이12대다발성질환」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 어린이12대다발성질환입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「어린이12대다발성질환」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 어린이12대다발성질환입원일당의 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 의료

비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(어린이12대다발성질환의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관의「어린이12대다발성질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「어린이12대다발성질환」으로 분류되는 질병으로【별표4(어린이12대다발성질환 분류표)】에서 정한 결핵, 바이러스 간염, 당뇨병질환, 수막염, 중이(가운데귀)염, 급성상기도 감염, 폐렴 및 급성기관지염, 천식, 만성 부비동염, 충수염(맹장염), 탈장 및 장폐색 및 VDT증후군관련질환을 말합니다.
2「어린이12대다발성질환」의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)
1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 어린이12대다발성질환의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서「어린이12대다발성질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 어린이12대다발성질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 어린이12대다발성질환의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 어린이12대다발성질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 어린이12대다발성질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 어린이12대다발성질환으로 진단된 경우에는 이는 어린이12대다발성질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-5. 식중독입원일당보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 음식물의 섭취로 인한 중독(이하「식중독」이라 합니다)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 식중독입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 식중독입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

2 동일한「식중독」의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한「식중독」에 대한 입원이라도 식중독입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 식중독입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 식중독입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

4 피보험자가「식중독」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 식중독입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「식중독」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 식중독입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(식중독의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관의「식중독」이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요증세로 하는 급성질환으로서【별표5(식중독 분류표)】에 해당하는 질병으로 분류되는 경우에 한합니다.
2「식중독」의 진단 확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)
1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 식중독의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서「식중독의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 식중독으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 식중독의 치료중에 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.

제5조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-6. 3대장애진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 장애인복지법 시행령 제2조에서 정한 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인(【별표2(장애인의 종류 및 기준(시각,청각,언어장애인))】 참조)으로 등록되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 3대장애진단비로 지급합니다. 다만, 피보험자가 3대장애 중 동시에 두 종류 이상의 장애가 발생하여 장애인이 된 경우에도 하나의 장애로 인한 3대장애진단비만을 지급합니다.

【장애인복지법 시행령 제2조(장애인의 종류 및 기준)】

① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 자를 말한다.

② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다.

[별표 1] 장애인의 종류 및 기준

3. 시각장애인(視覺障碍人)
   가. 나쁜 눈의 시력(만국식시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람
   나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
   다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람
   라. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람
4. 청각장애인(聽覺障碍人)
   가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람
   나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨 이상인 사람
   다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람
   라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람
5. 언어장애인(言語障碍人)
   음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함

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

제3조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 장애인 등록증
③ 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

3 제1항 제2호의 장애인등록증은 장애인복지법 시행규칙 제4조(장애인등록증 교부 등)에 의해 발급한 것으로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
④ 피보험자의 선천적 장애
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대장애진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-7. 심장관련소아특정질병진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「심장관련소아특정질병」으로 진단확정 되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 심장관련소아특정질병진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「심장관련소아특정질병」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 심장관련소아특정질병진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 심장관련소아특정질병진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(심장관련소아특정질병의 정의 및 진단 확정)

1 이 특별약관에 있어「심장관련소아특정질병」이라 함은「심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki diseases with heart complication)」및「판막손상을 동반한 류마티스열(Rheumatic fever with valvular impairment)」를 말합니다.

2 제1항에서「심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki diseases with heart complication)」이라 함은 해당 전문의에 의하여 가와사키병으로 진단되고 심초음파상 반드시 가와사키병으로 인한 심장관상동맥의 확장이나 심장동맥류의 형성이 있어야 합니다.

3 제1항에서「판막손상을 동반한 류마티스열(Rheumatic fever with valvular impairment)」이라 함은 해당 전문의에 의해 류마티스열로 진단되고 심초음파상 반드시 류마티스열에 의한 한개 이상의 심장판막 손상이 있어야 합니다.

4「심장관련소아특정질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하「의사」라고 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또

는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「심장관련소아특정질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장관련소아특정질병진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-8. 시력치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후의 보험기간 중에 안과의사의 진단에 의하여 한쪽 눈 이상의 굴절도가 -6.25 디옵터(Diopter) 이상의 고도근시(이하 「고도근시」라 합니다) 또는 +4.25디옵터(Diopter) 이상의 고도원시(이하 「고도원시」라 합니다)로 판정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 시력치료비로 지급합니다. 단, 난시는 제외합니다.

【용어풀이】 디옵터(Diopter) : 렌즈의 굴절력을 표시하는 단위로 초점거리의 역수로 표시합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.

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

제3조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단명, 교정시력 및 굴절이상도(구면렌즈 기준)가 기재된 진단서, 조절마비제 투여후 자동굴절계에 의한 측정치 원본 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 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 무효)

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

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

② 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일 이전에 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「고도근시」 또는 「고도원시」로 진단 확정받은 경우

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 시력치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-9. 시력교정비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후의 보험기간 중에 안과의사의 진단에 의하여 한쪽 눈 이상의 굴절도가 -2 디옵터(Diopter) 이상의 근시(이하 「근시」라 합니다) 또는 +2디옵터(Diopter) 이상의 원시(이하 「원시」라 합니다)로 판정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 시력교정비로 지급합니다. 단, 난시는 제외합니다.

【용어풀이】
디옵터(Diopter) : 렌즈의 굴절력을 표시하는 단위로 초점거리의 역수로 표시합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.

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

제3조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단명, 교정시력 및 굴절이상도(구면렌즈 기준)가 기재된 진단서, 조절마비제 투여후 자동굴절계에 의한 측정치 원본 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 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 무효)

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

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

② 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일 이전에 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「근시」 또는 「원시」로 진단 확정받은 경우

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 시력교정비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-10. 다발성소아암진단비보장 특별약관

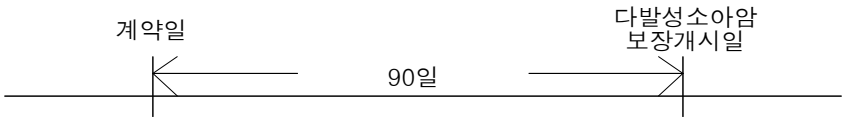
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 다발성소아암보장개시일 이후에「다발성소아암」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 다발성소아암진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 다발성소아암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「다발성소아암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 다발성소아암진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 다발성소아암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

3 이 특별약관에서 다발성소아암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【다발성소아암보장개시일[예시]】
(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(다발성소아암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「다발성소아암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「다발성소아암」으로 분류되는 질병으로【별표7(다발성소아암 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

2「다발성소아암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학

의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「다발성소아암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나, 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「다발성소아암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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

【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 무효)

1 회사는 특별약관 제1절 일반조항 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 다발성소아암보장개시일의 전일 이전에「다발성소아암」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 다발성소아암진단비

지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 다발성소아암보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-11. 모야모야병개두수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표8(모야모야병 분류표)】에서 정한 「모야모야병」으로 진단확정되고 그「모야모야병」의 치료를 직접적인 목적으로 모야모야병개두수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 모야모야병개두수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(모야모야병개두수술의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관의「모야모야병개두수술」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가「모야모야병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 개두를 동반한, 직접 혈관문합술(Direct revascularization), 간접 혈관문합술(Indirect revascularization), 병합 혈관문합술(Combined revascularization), 혈종제거술(Hematoma evacuation) 등의 수술을 한 것을 말합니다.

2 제1항의「모야모야병」이라 함은 속목동맥의 말단부 혹은 중간대뇌동맥의 기시부가 서서히 폐색되는 질환으로서 제8차 한국표준질병・사인분류에 있어서 「모야모야병」으로 분류되는 질병(【별표8(모야모야병 분류표)】참조)을 말합니다.

3 모야모야병의 진단 확정은 임상증상(병력, 신경학적검사 등)과 함께 영상학적 진단(CT, MRI/MRA, Cerebal angiograpy)을 기초로 해야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 모야모야병개두수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이

특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-12. 소아탈장수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표9(탈장 분류표)】에서 정한「탈장」으로 진단확정되고 그「탈장」의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 소아탈장수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치

③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)

④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light : 아이피엘 레이저 시술 - 치주절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제4조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-13. 소아백혈병진단비보장 특별약관

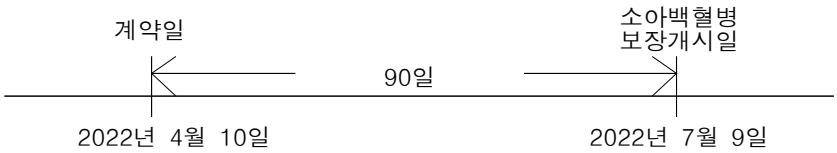
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 소아백혈병보장개시일 이후에 【별표10(소아백혈병 분류표)】에서 정한「소아백혈병」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 소아백혈병진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 소아백혈병보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「소아백혈병」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 소아백혈병진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 소아백혈병진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

3 이 특별약관에서 소아백혈병보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【소아백혈병보장개시일[예시]
(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특별약관의 무효)

1 회사는 특별약관 제1절 일반조항 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 소아백혈병보장개시일의 전일 이전에「소아백혈병」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는

보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
2 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 소아백혈병진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 소아백혈병보장개시일을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-14. 어린이개흉심장수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 개흉심장수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 어린이개흉심장수술비로 지급합니다.

2 제1항에서「개흉심장수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 심장병의 근본적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로써 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에「심장병」의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 반드시 개흉술을 한 후 심장의 병변에 대해 수술하는 것을 말합니다. 그러나 개흉술을 동반하지 않는 수술, 중재적 심장수술 <(예)풍선판막성형술(Ballon Valvuloplasty)등>은 모두 보장에서 제외됩니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 어린이개흉심장수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-15. 중증세균성수막염진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「중증세균성수막염」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증세균성수막염진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 중증세균성수막염으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 중증세균성수막염진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 중증세균성수막염진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(중증세균성수막염의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「중증세균성수막염」이라 함은 세균성감염(HIV 감염인 경우의 세균성수막염은 제외)으로 인한 뇌수막 또는 척수막에 중대한 염증을 일으키는 질환으로서 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 G00(달리 분류되지 않은 세균성수막염), G01(달리분류된 세균성 질환에서의 수막염)에 해당되는 질환으로 다음을 동시에 만족하는 경우를 말합니다.

① 척수액에서 세균의 분리배양 되었거나, 척수액에서 세균은 배양되지 않았지만 임상적으로 환자가 명확한 수막 자극 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 보여야 함. 이때 진단확정은 해당분야의 전문의가 작성한 문서화된 진료기록을 기초로 내려져야 함

2 제1항의「뇌영상 검사상의 이상 소견」이라 함은 자기공명영상(MRI), 전산화단층촬영(CT) 등에서 경막하삼출(subdural effusion), 수두증(Hydrocephalus), 뇌종양(Brain absces

s), 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「중증세균성수막염」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.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증세균성수막염진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-16. ADHD진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후의 보험기간 중에 정신건강의학과 전문의의 진단에 의하여 「ADHD(활동성 및 주의력 장애)」로 진단확정된 경우 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 ADHD진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.

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

제3조(ADHD(활동성 및 주의력 장애)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어 「ADHD(활동성 및 주의력 장애)」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「ADHD(활동성 및 주의력 장애)」(【별표12(활동성 및 주의력 장애 분류표)】 참조)로 진단확정 받은 경우를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 「ADHD(활동성 및 주의력 장애)」의 진단확정은 아래의 기준을 만족하는 경우를 말합니다.

① 정신건강의학과의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 함

② DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5)를 기초로 하여야 함

3 회사가 「ADHD(활동성 및 주의력 장애)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단

위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다

② 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일 이전에 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「ADHD(활동성 및 주의력 장애)」로 진단 확정받은 경우

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 ADHD진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-17. 진성성조숙증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후의 보험기간 중에「진성성조숙증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 진성성조숙증진단비로 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 피보험자가 약물복용 등으로 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

1 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 5세 계약해당일로 합니다.

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

제4조(진성성조숙증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「진성성조숙증」이라 함은 아래의 기준을 동시에 만족하는 경우를 말합니다.

① 생식샘자극호르몬방출호르몬(gonadotropin-releasing hormone, GnRH) 자극검사에서 LH가 5.0 IU/L이상을 받은 경우

② 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「성조숙증」(【별표13(성조숙증 분류표)】참조)으로 진단확정 받은 경우

2 제1항 제2호의「성조숙증」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 임상적 증상과 함께 관련검사(호르몬검사, 영상검사 등)에서 기질적 이상이 확인된 때를 말합니다.

3 회사가「진성성조숙증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 무효)

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

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다

② 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일 이전에 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「진성성조숙증」으로 진단 확정받은 경우

제6조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 진성성조숙증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-18. 소아청소년특정성인병진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후의 보험기간 중에「소아청소년특정성인병」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 소아청소년특정성인병진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

1 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다.

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

제3조(소아청소년특정성인병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「소아청소년특정성인병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「소아청소년특정성인병」으로 분류되는 질병으로【별표14(소아청소년특정성인병 분류표)】에 해당하는 질병을 말합니다.

2「소아청소년특정성인병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조(특별약관의 무효)

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

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

② 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일 이전에 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「소아청소년특정성인병」으로 진단 확정받은 경우

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 소아청소년특정성인병진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-19. 유괴납치피해일당보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 타인에 의해 유괴, 납치, 불법감금 등으로 억류상태에 놓이게 되어 관할 행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 지난 시점까지 구출 또는 억류 해제되지 않은 경우, 사고발생 사실을 관할 행정기관에 신고 접수한 시점부터 피보험자가 구출 또는 억류 해제되거나 사망사실이 확인된 시점까지 90일을 한도로 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 유괴납치피해일당으로 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 보호되고 있는 상태에서 벗어나게 하여 자기 또는 제3자의 지배하에 두는 것을 말합니다.

3 제1항의 사고발생에 대해서는 관할 행정기관에 신고 접수한 시점으로부터 1년 이내에 관할행정기관에 의해 유괴, 납치, 불법감금으로 판명되어야 사고로 인정합니다. 다만, 단순한 가출이나 실종으로 행방이 불명한 경우에는 보장하지 않습니다.

제2조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-20. 특정9대감염병진단비(연간1회한) 보장 특별약관

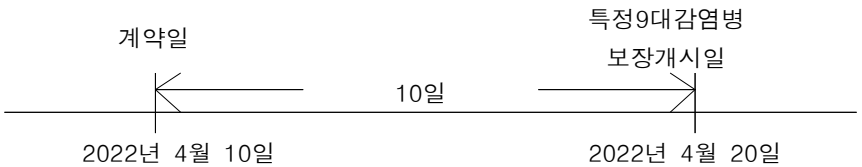
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 특정9대감염병보장개시일 이후에「특정9대감염병」으로 진단확정되었을 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 특정9대감염병진단비로 지급합니다.

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

3 이 특별약관에서 특정9대감염병보장개시일이라 함은 계약일부터 그날을 포함하여 10일이 지난날의 다음날로 합니다.

【특정9대감염병보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 질병에 의해「특정9대감염병」으로 진단확정된 경우에도 1회의 특정9대감염병진단비만 지급합니다.

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

제3조(특정9대감염병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「특정9대감염병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중【별표18(특정9대감염병 분류표)】에서 정한「장출혈성대장균 감염증」,「백일해」,「유행성이하선염」,「수두」,「성홍열」,「로타바이러스 감염증」,「노로바이러스 감염증」,「호흡기세포융합바이러스 감염증」,「수족구병」을 말합니다.

2「특정9대감염병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액,

대소변, 뇌척수액, 타액, 비인두 흡인액 및 도찰물, 직장도말물 등 검체에서 배양검사, 항원 및 항체 검출검사, 유전자 검출검사 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한, 회사가「특정9대감염병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【용어풀이】
도찰물 또는 도말물이란 도찰, 도말의 방법으로 채취한 검체(상피세포, 분비물 등)를 말합니다.
도찰이란 검사용 도구(면봉 등)를 이용하여 세균 등의 존재여부 확인이 필요한 대상을 살짝 묻혀 채취하는 방법을 말합니다.
도말이란 검사용 도구(도말봉 등)를 이용하여 세균 등의 존재여부 확인이 필요한 대상을 묻히고 배지 위에 배양하는 방법을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 특정9대감염병보장개시일을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-21. 기흉진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 기흉으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 기흉진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 기흉으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 기흉진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 기흉진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

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

제3조(기흉의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「기흉」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「기흉」으로 분류되는 질병으로【별표 19(기흉 분류표)】에 해당하는 질병을 말합니다.

2「기흉」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 흉부X선 촬영, 흉부전산화단층촬영(CT) 혹은 흉부 방사선촬영 등을 기초로 하여야 하며, 진료기록 및 흉부방사선 관련 영상 판독지를 제출하여야 합니다. 또한, 회사가「기흉」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중「기흉」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이「기흉」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 영상의학기록지 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.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기흉진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-22. 특정이물제거치료비Ⅰ(급여,연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중【별표15(이물사고 분류표)】에서 정한 상병으로 진단받고 그 상병의 직접적인 치료를 목적으로「이물제거치료Ⅰ(급여)」를 받은 경우에는 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 이물제거치료비Ⅰ로 지급합니다.

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

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

제3조(이물제거치료Ⅰ(급여)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「이물제거치료Ⅰ(급여)」라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 피보험자의 상해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에【별표16(이물제거치료Ⅰ(급여) 분류표)】에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

2 제1항의「이물제거치료Ⅰ(급여)」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 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

3 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

4 제3항에도 불구하고 제1항에서 보장하는 의료행위 당시「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후「건강보험 행

위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정으로 변경되더라도 보장하는 의료행위 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)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【수가코드】 수가코드는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

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

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-23. 특정이물제거치료비Ⅱ(급여,연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중【별표15(이물사고 분류표)】에서 정한 상병으로 진단받고 그 상병의 직접적인 치료를 목적으로「이물제거치료Ⅱ(급여)」를 받은 경우에는 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 이물제거치료비Ⅱ로 지급합니다.

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

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

제3조(이물제거치료Ⅱ(급여)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「이물제거치료Ⅱ(급여)」라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 피보험자의 상해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에【별표17(이물제거치료Ⅱ(급여) 분류표)】에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

2 제1항의「이물제거치료Ⅱ(급여)」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 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

3 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

4 제3항에도 불구하고 제1항에서 보장하는 의료행위 당시「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후「건강보험 행

위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정으로 변경되더라도 보장하는 의료행위 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)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【수가코드】 수가코드는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

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

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-24. 특정요로감염(N39.0)진단비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중「특정요로감염(N39.0)」으로 진단확정되었을 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 특정요로감염진단비로 지급합니다.

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

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

제3조(특정요로감염(N39.0)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「특정요로감염(N39.0)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「특정요로감염(N39.0)」으로 분류되는 질병으로【별표20(특정요로감염(N39.0) 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2「특정요로감염(N39.0)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 소변검사(현미경 고배율검사), 소변배양검사 등을 통해 특정요로감염(N39.0)으로 판명된 경우를 말합니다. 또한, 회사가「특정요로감염(N39.0)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 소변검사결과지 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인

감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-25. 요관역류(Ⅰ~Ⅴ등급)진단비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중「요관역류(Ⅰ~Ⅴ등급)」으로 진단확정되었을 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 요관역류(Ⅰ~Ⅴ등급)진단비로 지급합니다.

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

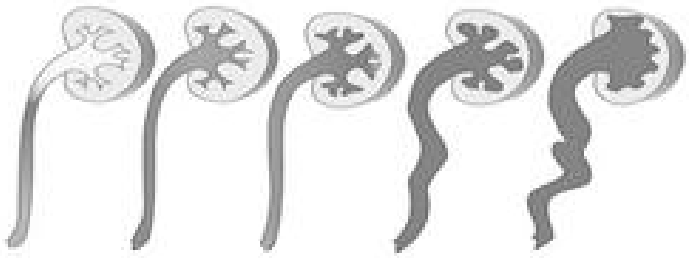
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(요관역류(Ⅰ~Ⅴ등급)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「요관역류(Ⅰ~Ⅴ등급)」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「요관역류」로 분류되는 질병으로【별표6(요관역류 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2「요관역류(Ⅰ~Ⅴ등급)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한, 회사가「요관역류(Ⅰ~Ⅴ등급)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【요관역류 등급】



Ⅰ등급 Ⅱ등급 Ⅲ등급 Ⅳ등급 Ⅴ등급

Ⅰ등급 : 요관으로만 역류가 있는 경우
Ⅱ등급 : 콩팥깔대기와 콩팥잔까지 역류하되 확장이 없는 경우
Ⅲ등급 : 요관의 꼬임이 없이 콩팥잔에 경한 확장이 있는 경우
Ⅳ등급 : 요관의 꼬임이 없이 콩팥잔에 중등도의 확장이 있는 경우
Ⅴ등급 : 요관의 꼬임과 콩팥잔의 심한 확장이 있는 경우

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(병명, 질병 분류번호 기입), 진료비 계산서 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 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-26. 요관역류(Ⅳ~Ⅴ등급)진단비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중「요관역류(Ⅳ~Ⅴ등급)」으로 진단확정되었을 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 요관역류(Ⅳ~Ⅴ등급)진단비로 지급합니다.

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

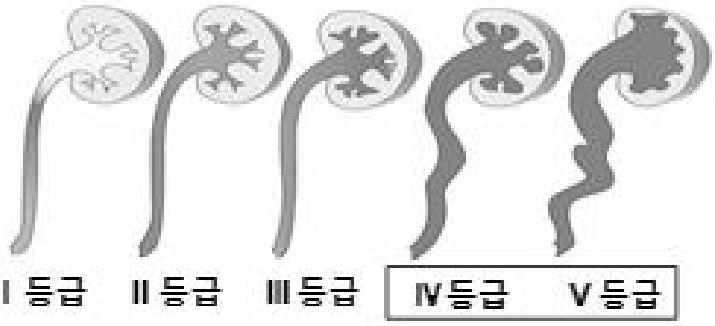
보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(요관역류(Ⅳ~Ⅴ등급)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「요관역류(Ⅳ~Ⅴ등급)」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「요관역류」로 분류되는 질병으로【별표6(요관역류 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2「요관역류(Ⅳ~Ⅴ등급)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 배뇨방광요도조영술 등의 소변역류검사를 통해 Ⅳ등급 또는 Ⅴ등급으로 판명된 경우를 말합니다. 또한, 회사가「요관역류(Ⅳ~Ⅴ등급)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【요관역류 등급】



Ⅰ등급 : 요관으로만 역류가 있는 경우
Ⅱ등급 : 콩팥깔대기와 콩팥잔까지 역류하되 확장이 없는 경우
Ⅲ등급 : 요관의 꼬임이 없이 콩팥잔에 경한 확장이 있는 경우
Ⅳ등급 : 요관의 꼬임이 없이 콩팥잔에 중등도의 확장이 있는 경우
Ⅴ등급 : 요관의 꼬임과 콩팥잔의 심한 확장이 있는 경우

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(병명, 질병 분류번호 및 요관역류등급 기입), 진료비계산서, 소변역류검사결과지 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 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-27. 옴(진드기)진단비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중「옴(진드기)」으로 진단확정되었을 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 옴(진드기)진단비로 지급합니다.

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

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

제3조(옴(진드기)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「옴(진드기)」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「옴(진드기)」로 분류되는 질병으로【별표11(옴(진드기) 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2「옴(진드기)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 현미경검사, 굴잉크 검사(burrow ink test) 등에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「옴(진드기)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서(병명, 질병 분류번호 기재), 검사결과지(현미경 검사, 굴잉크 검사(burrow ink test) 등), 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-28. 독액성동물접촉중독진단비(연간1회한) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중「독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독」으로 진단확정되었을 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 독액성동물접촉중독진단비로 지급합니다.

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

3 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 원인, 중독의 종류 및 중독 부위 등으로「독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독」으로 진단확정된 경우에도 1회의 보험금만 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

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

제3조(독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독」로 분류되는 상병으로 【별표21(독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독 분류표)】에서 정한 상병을 말합니다.

2「독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
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 섭취에 인한 중독
⑤ 동물을 매개로 한 감염
⑥ 봉침, 봉독(벌독), 사독(뱀독), 뱀주(酒) 등과 같이 치료, 미용, 신체기능 강화 등의 목적으로 독액성 동물 또는 독액성 동물에서 추출한 독액과 접촉(물림, 쏘임, 주입, 섭취 등 포함. 이하 같습니다)하는 경우 및 독액을 추출하는 과정에서 접촉한 경우
⑦ 꿀벌, 모기, 진드기, 거머리 등 독성이 없는 동물과의 접촉
⑧ 독액성 동물과 접촉하였으나 독성효과가 나타나지 않아, 해독 또는 무독화 처치를 하지 않은 경우

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(병명, 상병 분류번호, 접촉한 독액성동물 종류 및 처치(해독 또는 무독화) 기재), 진료비 계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망

당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-29. 아동학대피해치료비(친족제외,연간1회한) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「친족」이외의 자에 의한「아동학대관련범죄」로「아동학대」피해자가 되어 고소, 고발, 인지수사 등으로 수사기관에 접수되고, 그「아동학대관련범죄」에 대해「검찰의 처분결정」이 내려진 경우 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 아동학대피해치료비(친족제외)로 지급합니다.

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

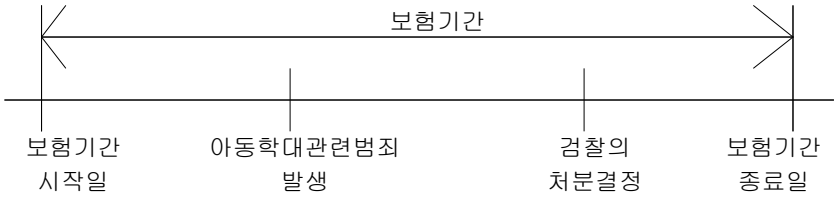
제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

1 회사는「아동학대관련범죄」가 보험기간 이전에 발생된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

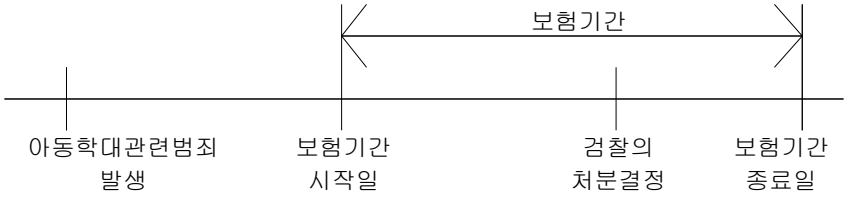
2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 「아동학대관련범죄」가 발생하고, 보험기간 이후에「검찰의 처분결정」이 내려진 경우에도 보험금을 지급합니다.

【보험금 지급사례】

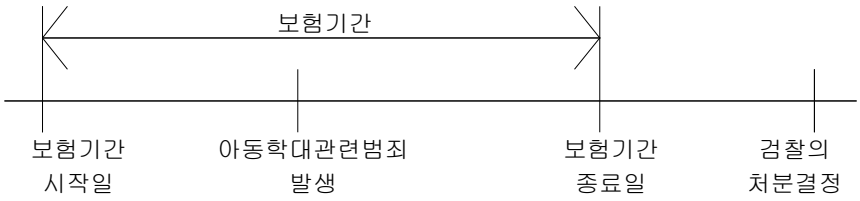
[사례1]보험기간 중 아동학대관련범죄가 발생하고 검찰의 처분결정이 내려진 경우
⇒ 보험금을 지급합니다.



[사례2]보험기간 시작일 이전에 아동학대관련범죄가 발생한 경우
⇒ 보험금을 지급하지 않습니다.



[사례3]보험기간 중 아동학대관련범죄가 발생하였으나, 보험기간 이후 검찰의 처분결정이 내려진 경우
⇒ 보험금을 지급합니다.



제3조(아동, 아동학대관련범죄, 친족, 검찰의 처분결정의 정의)

1 이 특별약관에 있어「아동」이라 함은 아동복지법 제3조 제1호에 따른 18세 미만인 사람을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어「아동학대」라 함은 아동복지법 제3조 제7호에 따른 아동학대를 말하며,「아동학대관련범죄」라 함은 아동복지법 제3조 제7의2호에 따른 아동학대범죄를 말합니다.

【「아동복지법」】

제3조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1.“아동”이란 18세 미만인 사람을 말한다.

7.“아동학대”란 보호자를 포함한 성인이 아동의 건강 또는 복지를 해치거나 정상적 발달을 저해할 수 있는 신

체적·정신적·성적 폭력이나 가혹행위를 하는 것과 아동의 보호자가 아동을 유기하거나 방임하는 것을 말한다. 7의2.“아동학대관련범죄”란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 죄를 말한다. 가.「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조제4호에 따른 아동학대범죄 나. 아동에 대한 「형법」 제2편제24장 살인의 죄 중 제250조부터 제255조까지의 죄

3 이 특별약관에 있어「친족」이라 함은 민법 제777조에서 정한 친족을 말하며 사실상의 관계에 의한 친족을 포함합니다.

4 이 특별약관에 있어「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 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

제4조(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

제5조(보험금의 청구)
보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 검찰의 고소·고발사건처분결과통지서, 공소장 또는 사건처분결과증명서, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서 등(죄명, 불기소 이유 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-30. 성장판손상골절진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해를 입고 그 직접적인 결과로써「성장판부위골절」로 진단확정되고, 동일 부위에「성장판손상」에 대한 의사의 진단이 있는 경우에는 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 성장판손상골절진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

1 피보험자가 동일한 상해로 2가지 이상의 성장판부위골절 상태가 발생하고 성장판 손상이 있는 경우에는 1회에 한하여 성장판손상 골절진단비를 지급합니다.

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

제3조(성장판손상골절의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「성장판부위골절」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「성장판부위골절」로 분류되는 상병으로【별표22(성장판부위골절 분류표)】에서 정한 상병을 말합니다.

2「성장판손상」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 X-ray, CT, MRI 등 영상검사결과를 기초로 내려져야 합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서(Salter-Harris 분류에 따른 손상 Type 기재 등), 골절 촬영 영상 사진 또는 이에 준하는 판독자료, 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인

감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-31. 선천이상수술비Ⅱ보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

· 특정선천이상수술비
· 다발성선천이상수술비(연간6회한)

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 아래의 지급사유가 발생한 경우 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

① 특정선천이상수술비보장 :【별표28(특정 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표)】에서 정한「특정선천이상」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우 수술 1회당 이 보장의 보험가입금액을 특정선천이상수술비로 지급합니다.

② 다발성선천이상수술비(연간6회한)보장 :【별표29(다발성 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표)】에서 정한 「다발성선천이상」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우 연간 6회에 한하여 수술 1회당 이 보장의 보험가입금액을 다발성선천이상수술비로 지급합니다.

2 제1항 제2호에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를

이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 선천이상수술비를 지급하지 않습니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light : 아이피엘 레이저 시술
- 치주절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-32. 선천이상입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「선천이상」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 1일이상 계속 입원하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 선천이상입원일당으로 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 선천이상입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
2 동일한「선천이상」의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
3 제2항에도 불구하고, 동일한「선천이상」에 대한 입원이라도 선천이상입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 선천이상입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 선천이상입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
4 피보험자가「선천이상」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 선천이상입원일당을 계속 보상합니다.
5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「선천이상」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 선천이상입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
7 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속

전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(선천이상의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서「선천이상」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「선천이상」으로 분류되는 질병으로,【별표26(선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표)】에서 정한 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상을 말합니다.

2 제1항의「선천이상」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-33. 중증아토피진단비보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자가【별표27(아토피성 피부염 분류표)】의 아토피성 피부염으로 진단확정 받고, OSI(Object SCORAD Index)점수 40점 이상인 경우 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증아토피진단비로 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(중증아토피진단비의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어「중증아토피진단비」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「아토피성 피부염」(【별표27(아토피성 피부염 분류표)】참조)으로 진단확정 받고, OSI(Object SCORAD Index)점수 40점 이상인 경우를 말합니다. (OSI는 아토피의 대표적인 평가기준인 SCORAD Index중 주관적 증상(가려움과 수면장애 평가)을 제외한 객관적 지표인 병변의 범위(Extent), 병변의 정도(Intensity)만을 이용한 평가방법입니다.)
2 제1항의 「아토피성 피부염」의 진단확정은 SCORAD Index 진단을 기초로 해야 합니다.

제5조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 아토피진단서(회사양식의 사고증명서 포함), 의사처방전(처방조제비) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인

감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증아토피진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-34. 어린이심장시술비보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「심장시술」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 어린이심장시술비로 지급합니다.

제3조(심장시술의 정의)
이 특별약관에 있어「심장시술」이라 함은 의사에 의하여 심장병의 근본적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 심장병의 치료를 직접적인 목적으로 하여 다음 각 호에서 정한 심장시술을 한 경우를 말합니다.

대상이 되는 시술
1. 동맥관개존폐쇄술(PDA Closure) 2. 심방중격결손폐쇄술(ASD Closure) 3. 풍선판막성형술(Balloon Valvuloplasty) 4. 풍선혈관성형술(Balloon Angioplasty) 5. 풍선심방중격조성술(Balloon Atrial 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)

다만, 심막천자술(Pericardiocentesis) 등 상기 이외의 심장시술은 모두 보장에서 제외합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 어린이심장시술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-35. 갱신형 영유아시력교정안경치료비 (연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 안과의사의 진단에 의하여 시력교정용 안경을 처방받고, 안경사로부터 그 처방에 따른 시력교정용 안경을 조제받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 시력교정안경치료비로 지급합니다.

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【안경사】 「의료기사등에 관한 법률」제1조의2(정의)에서 정한 안경사를 말합니다. 【의료기사등에 관한 법률 제1조의2(정의)】 3.“안경사”란 안경(시력보장용에 한정한다. 이와 같다)의 조제 및 판매와 콘택트렌즈(시력보장용이 아닌 경우를 포함한다. 이하 같다)의 판매를 주된 업무로 하는 사람을 말한다.

제2조(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 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

2 회사는 아래에 해당하는 경우에는 보상하지 않습니다.

① 시력교정 이외의 용도를 위한 안경을 구입한 경우

② 피보험자 본인 이외의 타인의 안경을 구입한 경우

③ 시력교정 목적을 포함한 선글라스, (스포츠용)고글을

구입한 경우

제3조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(안경처방전, 사용자의 성명 및 시력교정용임을 안경사가 확인한 영수증(간이영수증 제외) 등)

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

④ 안경사 확인서(회사양식)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료되었을 것

3 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료

하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제6조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제4조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-36. 특정9대감염병진단비 (연간1회한, 태아가입용)보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「특정9대감염병」로 진단확정되었을 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 특정9대감염병진단비로 지급합니다.
2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부 규정)
1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 질병에 의해「특정9대감염병」으로 진단확정된 경우에도 1회의 특정9대감염병진단비만 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특정9대감염병의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어「특정9대감염병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중【별표34(특정9대감염병 분류표)】에서 정한「장출혈성대장균 감염증」,「백일해」,「유행성이하선염」,「수두」,「성홍열」,「로타바이러스 감염증」,「노로바이러스 감염증」,「호흡기세포융합바이러스 감염증」,「수족구병」을 말합니다.
2「특정9대감염병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 대소변, 뇌척수액, 타액, 비인두 흡인액 및 도찰물, 직장도말물 등 검체에서 배양검사, 항원 및 항체 검출검사, 유전자 검출검사 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한, 회사가「특정9대감염병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있

습니다.

【용어풀이】 도찰물 또는 도말물이란 도찰, 도말의 방법으로 채취한 검체(상피세포, 분비물 등)를 말합니다. 도찰이란 검사용 도구(면봉 등)를 이용하여 세균 등의 존재여부 확인이 필요한 대상을 살짝 묻혀 채취하는 방법을 말합니다. 도말이란 검사용 도구(도말봉 등)를 이용하여 세균 등의 존재여부 확인이 필요한 대상을 묻히고 배지 위에 배양하는 방법을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-37. 기흉진단비(태아가입용)보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(기흉(신생아기흉포함)의 정의 및 진단확정)에서 정한「기흉」또는「신생아기흉」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 기흉(신생아기흉포함)진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액
기흉 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%
신생아기흉 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 20%

2 다만,「신생아기흉」으로 진단 확정 후 동일한 질병으로「기흉」으로 진단 확정시에는「기흉」진단시에 해당하는 보험금에서 이미 지급받은「신생아기흉」진단시에 해당하는 보험금을 차감하여 지급합니다. 또한,「기흉」으로 진단 확정 후「신생아기흉」으로 진단 확정시에는 신생아기흉 진단시에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.

3 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 기흉(신생아기흉포함)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 기흉(신생아기흉포함)진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 기흉(신생아기흉포함)진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

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

제4조(기흉(신생아기흉포함)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「기흉(신생아기흉포함)」이라 함은「기흉」및「신생아기흉」을 총칭합니다.

2 이 특별약관에 있어「기흉」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「기흉」으로 분류되는 질병으로【별표19(기흉 분류표)】에 해당하는 질병을 말합니다.
3 이 특별약관에 있어「신생아기흉」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「신생아기흉」으로 분류되는 질병으로【별표31(신생아기흉 분류표)】에 해당하는 질병을 말합니다.
4「기흉(신생아기흉포함)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 흉부X선 촬영, 흉부전산화단층촬영(CT) 혹은 흉부 방사선촬영 등을 기초로 하여야 하며, 진료기록 및 흉부방사선 관련 영상판독지를 제출하여야 합니다. 또한, 회사가「기흉(신생아기흉포함)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
5 제4항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제4항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
① 보험기간 중「기흉(신생아기흉포함)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이「기흉(신생아기흉포함)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 영상의학기록지 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 기흉(신생아기흉포함)진단비(「신생아기흉」진단시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-38. 특정언어장애진단비(연간1회한) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후의 보험기간 중에「특정언어장애」로 진단확정된 경우 또는 이후에「특정언어장애에 해당하는 상태가 진단확정일부터 계속하여 지속되었음」이 진단확정된 경우(이하「계속진단」이라 합니다)에는 보험수익자에게 각 질병 당 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정언어장애진단비로 지급합니다.

2 제1항에서「연간」이라 함은 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

1 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 3세 계약해당일로 합니다.

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

제3조(특정언어장애의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「특정언어장애」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 특정언어장애로 분류되는 질병으로,【별표32(특정언어장애 분류표)】에서 정한 표현언어장애, 수용성 언어장애, 뇌전증에 동반된 후천성 실어증을 말합니다.

2「특정언어장애」의 진단확정 또는 계속진단은 다음 각 호를 모두 만족하는 경우를 말합니다.

① 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 재활의학과의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 병력·신경학적 검진 및 공인된 언어평가검사를 시행하고 그 결과를 기초로 내려져야 합니다.

② 해당질병의 증상이 보장개시일 이후에 발생하고, DSM-5(정신질환 진단 및 통계 편람 제5판,2013년) 진단기준으로 진단확정이 내려져야 함(단, DSM-5의

개정판이 출간되는 경우에는 보험금 지급사유 발생당시의 최신판 DSM의 내용을 따름)

3 회사가「특정언어장애」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 무효)

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

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다

② 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일 이전에 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「특정언어장애」로 진단 확정받은 경우

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-39. 원형탈모증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후의 보험기간 중에 원형탈모증으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 원형탈모증진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다.

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

제3조(원형탈모증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「원형탈모증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「원형탈모증」으로 분류되는 질병으로【별표33(원형탈모증 분류표)】에 해당하는 질병을 말합니다.

2「원형탈모증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 피부과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「원형탈모증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 무효)

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

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에

는 유효한 계약으로 봅니다.

② 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일 이전에 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「원형탈모증」으로 진단 확정받은 경우

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 원형탈모증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-40. 갱신형 소아성장호르몬결핍증치료비 (급여,연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중「소아성장호르몬결핍증(뇌하수체기능저하)」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 「급여 성장호르몬제」를 처방받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 소아성장호르몬결핍증치료비(급여)로 지급합니다.

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

1 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다.

2 피보험자가 소아성장호르몬결핍증으로 연간 1년 이내에 각각 다른 급여 성장호르몬제를 처방받은 경우에도 1회의 보험금만 지급합니다.

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

제3조(소아성장호르몬결핍증(뇌하수체기능저하)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 「소아성장호르몬결핍증(뇌하수체기능저하)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 E23.0(소아성장호르몬결핍증(뇌하수체기능저하))로 분류되는 질병(【별표23(소아성장호르몬결핍증(뇌하수체기능저하) 분류표)】 참조)을 말합니다.

2 「소아성장호르몬결핍증(뇌하수체기능저하)」의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 신체검사, X-선 촬영, 혈액검사, 유전자 검사, 영상 검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「소아성장호르몬결핍증(뇌하수체기능저하)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의

사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(급여 성장호르몬제의 정의)

1 이 특별약관에서 「급여 성장호르몬제」라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 「성장호르몬 주사제」항목에서 급여(전액본인부담 제외)항목이 발생한 경우를 말합니다.

2 제1항의 「급여 성장호르몬제」라 함은 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품 분류번호 「241(뇌하수체호르몬제)」로 분류되는 의약품 중「Somatropin 주사제(성장호르몬제)」또는「Somatropin 서방형주사제(성장호르몬제)」에 해당하는 약제로, 유전자재조합 기술을 이용하여 사람의 성장호르몬과 유사하게 작용하는 치료제를 말합니다.

3 제2항의 「Somatropin 주사제(성장호르몬제)」 또는 「Somatropin 서방형주사제(성장호르몬제)」는 보건복지부에서 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」에서 정한 「소아성장호르몬결핍증으로 인한 성장호르몬제 요양급여 인정기준」에 모두 해당하여 요양급여로 인정된 약제를 말합니다.

【소아성장호르몬결핍증으로 인한 성장호르몬제 요양급여 인정기준】

1. 투여대상(아래에 모두 해당될 것)
   1) 해당 역연령의 3퍼센타일 이하의 신장
   2) 2가지 이상 성장호르몬 유발검사로 확진
   3) 해당 역연령보다 골연령이 감소
2. 투여용량
   1)「Somatropin 주사제」의 경우 : 주당 0.5 - 0.71 IU/㎏
   2)「Somatropin 서방형주사제」의 경우 : 주당 0.5mg/kg
3. 투여기간
   : 역연령 만2세 이후부터 골단이 닫히기 전까지 투여하나 골연령이 여자의 경우 14-15세, 남자의 경우 15-16세 범위 내에서 요양급여로 인정함(동 범주 내에 포함되지만 현재 신장이 여자의 경우 153㎝, 남자의 경우 165㎝ 초과되는 자는 전액 본인 부담으로, 요양급여로 인정되지 않음)
4. 성장호르몬제를 투여할 수 있는 요양기관 조건
   1) 반드시 소아과 전문의 또는 내분비학을 전공한 내과 전문의 상근
   2) 성장호르몬제 투여에 관련된 여러 가지 검사(예 : 성장호르몬 유발검사 및 염색체검사 등)를 실시할 수

있는 인력, 시설 및 장비를 갖추고 자체 검사하여 진단·처방 3) 제1호 및 제2호에도 불구하고 최초 진단·처방한 요양기관에서 추적관리 하면서 약제처방만 의원에서 받는 경우는 인정 ※ 상기 요양급여 인정기준은「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)(시행2021.4.1.)(보건복지부고시 제2021-101호, 2021.3.30.)」기준이며, 해당 규정이 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

4 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 「급여 성장호르몬제」처방 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

5 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「급여 성장호르몬제」 처방 의료행위 당시 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「급여 성장호르몬제」 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드 포함), 진료비 세부내역서, 요양급여비용명세서(상병명, 약품코드 및 약품명 필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비세부내역서, 요양급여비용명세서 등에서 약품코드를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 약품코드를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

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)에

서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료되었을 것

3 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제8조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험

요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.
2 회사는 제6조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제10조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-41. 특정요로감염(N39.0) 및 신생아요로감염진단비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중「특정요로감염(N39.0) 및 신생아요로감염」으로 진단확정되었을 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 특정요로감염및신생아요로감염진단비로 지급합니다.
2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부 규정)
보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특정요로감염(N39.0) 및 신생아요로감염의 정의 및 진단확정)
1「특정요로감염(N39.0) 및 신생아요로감염」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「특정요로감염(N39.0) 및 신생아요로감염」으로 분류되는 질병으로【별표24(특정요로감염(N39.0) 및 신생아요로감염 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
2「특정요로감염(N39.0) 및 신생아요로감염」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 소변검사(현미경 고배율검사), 소변배양검사 등을 통해 특정요로감염(N39.0) 및 신생아요로감염으로 판명된 경우를 말합니다. 또한, 회사가「특정요로감염(N39.0) 및 신생아요로감염」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 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 질병 분류번호 기입), 소변검사결과지 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 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-42. 중등증이상아토피진단비보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 이 특별약관의 보험기간 중 보험증권에 기재된 피보험자가【별표27(아토피성 피부염 분류표)】의 아토피성 피부염으로 진단확정 받고, OSI(Object SCORAD Index)점수 15점 이상인 경우 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중등증이상아토피진단비로 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(중등증이상아토피진단비의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어「중등증이상아토피진단비」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「아토피성 피부염」(【별표27(아토피성 피부염 분류표)】참조)으로 진단확정 받고, OSI(Object SCORAD Index)점수 15점 이상인 경우를 말합니다. (OSI는 아토피의 대표적인 평가기준인 SCORAD Index중 주관적 증상(가려움과 수면장애 평가)을 제외한 객관적 지표인 병변의 범위(Extent), 병변의 정도(Intensity)만을 이용한 평가방법입니다.)
2 제1항의 「아토피성 피부염」의 진단확정은 SCORAD Index 진단을 기초로 해야 합니다.

제5조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 아토피진단서(회사양식의 사고증명서 포함), 의사처방전(처방조제비) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정

부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등증이상아토피진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-43. 사시수술비보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「사시」로 진단확정되고 그「사시」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 사시수술비로 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(사시의 정의 및 진단확정)

1「사시」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「사시」로 분류되는 질병으로【별표25(사시 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의「사시」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를

인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light : 아이피엘 레이저 시술 - 치주절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-44. 선천이상수술비Ⅲ보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보장의 범위)
이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

· 특정선천이상수술비(연간12회한) · 다발성선천이상수술비(연간6회한)

제3조(보험금의 지급사유)
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 아래의 지급사유가 발생한 경우 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

① 특정선천이상수술비(연간12회한)보장 :【별표28(특정선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표)】에서 정한 「특정선천이상」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우 연간 12회에 한하여 수술 1회당 이 보장의 보험가입금액을 특정선천이상수술비로 지급합니다.

② 다발성선천이상수술비(연간6회한)보장 :【별표29(다발성 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표)】에서 정한 「다발성선천이상」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우 연간 6회에 한하여 수술 1회당 이 보장의 보험가입금액을 다발성선천이상수술비로 지급합니다.

2 제1항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를

이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 선천이상수술비를 지급하지 않습니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light : 아이피엘 레이저 시술
- 치주절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제7조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-45. 인공와우이식수술비(최초1회한)보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인한 「인공와우이식수술」을 받았을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 인공와우이식수술비로 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(인공와우이식수술의 정의)
1 이 특별약관에서「인공와우이식수술」이라 함은「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한「인공와우의 요양급여 대상」에 해당되어 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 인공와우를 내이에 이식하는 수술로, 진료비세부내역서상 다음의 수가코드에 해당하는「수술」을 한 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관의 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

수가코드	행위명
S5800	인공와우이식수술

【인공와우의 요양급여 대상】
1) 1세 미만
양측 심도(90dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용에도 청능 발달의 진전이 없는 경우
2) 1세 이상 19세 미만
양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이

상 보청기 착용 및 집중교육에도 청능 발달의 진전이 없는 경우. 다만, 시술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함. 3) 19세 이상 양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 보청기를 착용한 상태에서 단음절어에 대한 어음변별력(Speech discrimination)이 50% 이하 또는 문장언어평가가 50% 이하인 경우. 다만, 시술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함 4) 상기 1),2),3)의 난청환자 중 뇌막염의 합병증 등으로 시급히 시행하지 않으면 수술시기를 놓치게 될 경우에는 예외적으로 시행할 수 있음.

2 제1항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 「인공와우이식수술」을 하였음을 확인할 수 있는 경우「인공와우이식수술」을 받은 것으로 봅니다.

3 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로「인공와우이식수술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

4 제1항에서「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」은「국민건강보험법」제41조 제3항,「국민건강보험법 시행령」제19조 제1항 관련 별표2 제1호, 제3호 및「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제5조 제2항에 의하며, 관련 법령 등이 개정되는 경우 회사는 수술 시행시점에 적용되는 기준을 따릅니다.

5 제2항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로「인공와우의 요양급여 대상」이 폐지 또는 변경되어 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 인공와우의 요양급여 대상을 따릅니다.

6「자동차손해배상 보장법」 또는 「산업재해보상보험법」에 의해 처리하여야 하는 사고인 경우, 제1항의「인공와우이식수술」에 해당하는 경우에는 그 수술도 포함합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는

국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light : 아이피엘 레이저 시술 - 치주절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정

부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 인공와우이식수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-46. 아토피진단비보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「아토피」로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 아토피진단비로 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(아토피의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에 있어「아토피」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「아토피성 피부염」으로 분류되는 질병으로 【별표27(아토피성 피부염 분류표)】에 해당하는 질병을 말합니다.
2 제1항의 「아토피」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「아토피」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)
1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 아토피진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-47. 중증틱장애진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후의 보험기간 중에 「중증틱장애」로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증틱장애진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 3세 계약해당일로 합니다.

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

제3조(중증틱장애의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「중증틱장애」이라 함은 운동틱장애 및 음성틱장애를 모두 나타내며(단, 반드시 동시에 나타나는 것은 아님) 1년 이상 지속되는 경우로,【별표35(중증틱장애 분류표)】에서 정한 「F95.2(복합된 음성 및 다발성 운동 틱장애(데라투렛 증후군))」을 말합니다.

2 이 특별약관에서 운동틱장애라 함은 얼굴 찡그리기, 눈깜빡임, 어깨 으쓱댐, 코 킁킁거림, 기침하기 등 행동의 반복은 보이거나, 몸 냄새맡기, 손을 흔들거나 발로 차는 동작 등 통합적이며 목적을 가진 행동과 같은 증상을 말합니다.

3 이 특별약관에서 음성틱장애라 함은 저속한 언어를 말하는 외설증, 말을 따라하는 방향 언어 등의 증상을 보이는 경우를 말합니다.

4 「중증틱장애」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「중증틱장애」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특별약관을 무효로

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

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

② 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일 이전에 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「중증틱장애」로 진단 확정받은 경우

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증틱장애진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-48. 인슐린의존당뇨병진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「인슐린의존 당뇨병」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 인슐린의존당뇨병진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「인슐린의존 당뇨병」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 인슐린의존당뇨병진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 인슐린의존당뇨병진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(인슐린의존 당뇨병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「인슐린의존 당뇨병」이라 함은 췌장에서 인슐린 분비가 감소됨으로써 대사에 장애가 생기고 혈당이 높아지는 질병으로 해당 전문의에 의해 【별표36(인슐린의존 당뇨병 대상 분류표)】에서 정한 인슐린의존 당뇨병으로 진단확정을 받은 경우를 말합니다.

2 제1항의「인슐린의존 당뇨병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「인슐린의존 당뇨병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 인슐린의존당뇨병진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-49. 척추측만증(Cobb's 각도20도이상)진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「척추측만증(Cobb's 각도20도이상)」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 척추측만증(Cobb's 각도20도이상)진단비로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 척추측만증(Cobb's 각도20도이상)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 척추측만증(Cobb's 각도20도이상)진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 척추측만증(Cobb's 각도20도이상)진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(척추측만증(Cobb's 각도20도이상)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「척추측만증(Cobb's 각도20도이상)」이라 함은 【별표37(척추측만증 분류표)】에 해당하는 질병으로, Cobb's method에 의하여 측정된 Cobb's 각도가 20도 이상인 경우를 말합니다. 단, 제8차 한국표준질병사인분류의 '선천성 척주측만증(Q67.5)' 및 '뼈기형에 의한 선천성 척주측만증(Q76.3)','체위성 선천성 척주측만증(Q67.5)', '척주측만성 심장병의 선천성 척주측만증(I27.1)','처치후 선천성 척주측만증(M96)'에 해당하는 질병은 보상하지 않습니다.

2 제1항의 「척추측만증(Cobb's 각도20도이상)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「척추

측만증(Cobb's 각도20도이상)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【 Cobb's method 및 Cobb's 각도】
Cobb's method란 척추측만증의 만곡(척추의 휘어짐 정도)을 Cobb's 각도로 측정하는 것으로 척추 만곡의 오목한 방향으로 가장 경사진 상위 척추체의 상연과 하위척추체의 하연에 평행하게 각각 직선을 그은 후 서로 교차하여 형성되는 각도를 Cobb's 각도라 합니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(Cobb's 각도를 포함한 진료기록부, 진단서, 진료비계산서 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 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 척추측만증(Cobb's 각도20도이상)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-50. 척추측만증수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「척추측만증」으로 진단확정되고 그「척추측만증」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 척추측만증수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(척추측만증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「척추측만증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 척추측만증으로 분류되는 질병으로,【별표37(척추측만증 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다. 단, 제8차 한국표준질병사인분류의 '선천성 척주측만증(Q67.5)' 및 '뼈기형에 의한 선천성 척주측만증(Q76.3)', '체위성 선천성 척주측만증(Q67.5)','척주측만성 심장병의 선천성 척주측만증(I27.1)','처치후 선천성 척주측만증(M96)'에 해당하는 질병은 보상하지 않습니다.

2「척추측만증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한, 회사가「척추측만증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법

제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light : 아이피엘 레이저 시술 - 치주절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-51. 여성형유방증(2급이상)수술비(최초1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후의 보험기간 중「여성형유방증(2급이상)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 여성형유방증(2급이상)수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 15세 계약해당일로 합니다.

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

제3조(여성형유방증(2급이상)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「여성형유방증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어【별표30(여성형유방증 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에서「여성형유방증(2급이상)」이라 함은 제1항에서 정한「여성형유방증」중에서 유방초음파 또는 조직병리검사 등을 통해 유선조직의 증식이 확인되며, 사이먼 분류법(Simon Classification of gynecomastia)에 따라 Grade ⅡA, Grade ⅡB, Grade Ⅲ에 해당하는 경우를 말합니다.

<사이먼 분류법(Simon Classification of gynecomastia)>

구 분	분 류	
Grade Ⅰ	피부남음 없이 조금 커진 유방	
Grade ⅡA	중등도 유방비대	피부처짐 없음
Grade ⅡB		피부처짐 있음
Grade Ⅲ	현저한 유방비대 및 피부처짐	

3「여성형유방증(2급이상)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「여성형유방증(2급이상)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

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

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

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light : 아이피엘 레이저 시술 - 치주절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 무효)

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

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

② 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일 이전에 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「여성형유방증(2급이상)」으로 진단 확정받은 경우

제6조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성형유방증(2급이상)수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-52. 특정단순창상봉합술치료비 (급여,연간3회한)보장

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단된 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 입원 중에「특정단순창상봉합술(급여)」(이하「입원 창상봉합술(급여)」라 합니다.)을 받은 경우 또는 통원하여「특정단순창상봉합술(급여)」(이하「외래 창상봉합술(급여)」라 합니다.)을 받은 경우에는 보험수익자에게 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정단순창상봉합술치료비로 지급합니다.

2 제1항의 특정단순창상봉합술치료비는 연간 발생한「입원 창상봉합술(급여)」과「외래 창상봉합술(급여)」 횟수를 합산하여 연간 최대 3회 한도로 지급합니다.

3 제2항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 다음 각 호의 경우에는「입원 창상봉합술(급여)」과「외래 창상봉합술(급여)」 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.

① 피보험자가 동일한 날에「입원 창상봉합술(급여)」을 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서「외래 창상봉합술(급여)」을 받은 경우

② 피보험자가 동일한 날에「외래 창상봉합술(급여)」을 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서「입원 창상봉합술(급여)」을 받은 경우

【예시1】
병원에 통원하여「창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이1.5cm미만)(S0021)」,「창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이2.5cm이상~5.0cm미만)(SB022)」 처치를 모두 동일한 날에 받은 경우
⇒「보험가입금액×1회」에 해당하는 보험금 지급(여러 진료행위를 받더라도 1일 1회에 한함)

【예시2】
병원에 통원하여「창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이1.5cm미만)(S0021)」 처치를 받고, 그 날 병원에 입원하여「창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이2.5cm이상~5.0cm미만)(SB022) 처치를 받은 경우
⇒「보험가입금액×2회」에 해당하는 보험금 지급(외래 1

회 + 입원 1회. 단, 입원 및 통원을 합산하여 연간 3회 한도로 함) 【 예시3 】 연간 1년내에 병원에 입원하여 15일에 해당하는 특정단순창상봉합술치료(급여)를 받고, 퇴원 후 병원에 통원하여 10일에 해당하는 특정단순창상봉합술치료(급여)를 받은 경우 ⇒「보험가입금액×3회」에 해당하는 보험금 지급(25회(입원 15회와 외래 10회를 더한 값) 치료를 받았으나, 입원 및 통원을 합산하여 연간 3회 한도로 함)

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

제3조(특정단순창상봉합술(급여)의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서「특정단순창상봉합술(급여)」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이 1.5cm미만)	S0021
창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이 1.5cm이상~3.0cm미만)	S0022
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이2.5cm미만)	SB021
창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이2.5cm이상~5.0cm미만)	SB022

2 제1항의「특정단순창상봉합술(급여)」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 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」

개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경된 경우에는「특정단순창상봉합술(급여)」 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.
4 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「특정단순창상봉합술(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「특정단순창상봉합술(급여)」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(입원 및 통원의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서「입원」이라 함은 의사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-53. 특정화상처치비(급여,연간5회한)보장

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에【별표38(특정 화상분류표)】에서 정하는 화상을 입고 그 치료를 목적으로 입원 중에「특정화상처치(급여)」(이하「입원 화상처치(급여)」라 합니다.)를 받은 경우 또는 통원하여「특정화상처치(급여)」(이하「외래 화상처치(급여)」라 합니다.)를 받은 경우에는 보험수익자에게 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정화상처치비로 지급합니다.

2 제1항의 특정화상처치비는 연간 발생한「입원 화상처치(급여)」와「외래 화상처치(급여)」 횟수를 합산하여 연간 최대 5회 한도로 지급합니다.

3 제2항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 다음 각 호의 경우에는「입원 화상처치(급여)」와「외래 화상처치(급여)」 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.

① 피보험자가 동일한 날에「입원 화상처치(급여)」를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서「외래 화상처치(급여)」를 받은 경우

② 피보험자가 동일한 날에「외래 화상처치(급여)」를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서「입원 화상처치(급여)」를 받은 경우

【 예시1 】

병원에 통원하여「화상처치-9%이하의범위[수족지,안면,경부,성기를 포함하는 경우](N0011)」,「화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-하지의1지,복부또는배부에준하는범위[10%~18%의범위](N0053)」,「화상처치-전기화상의 경우(기타)(N0058)」를 모두 동일한 날에 받은 경우 ⇒「보험가입금액×1회」에 해당하는 보험금 지급(여러 진료행위를 받더라도 1일 1회에 한함)

【 예시2 】

병원에 통원하여「화상처치-9%이하의범위[수족지,안면,경부,성기를 포함하는 경우](N0011)」를 받고, 그 날 병원에 입원하여「화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의경우-하지의1지,복부또는배부에준하는범위[10%~18%의범위](N0053)」와「화상처치-전기화상의 경우(기

타)(N0058)」를 받은 경우 ⇒「보험가입금액×2회」에 해당하는 보험금 지급(외래 1회 + 입원 1회. 단, 입원 및 통원을 합산하여 연간 5회 한도로 함) 【 예시3 】 연간 1년내에 병원에 입원하여 15일에 해당하는 특정화상처치(급여)를 받고, 퇴원 후 병원에 통원하여 10일에 해당하는 특정화상처치(급여)를 받은 경우 ⇒「보험가입금액×5회」에 해당하는 보험금 지급(25회(입원 15회와 외래 10회를 더한 값) 처치를 받았으나, 입원 및 통원을 합산하여 연간 5회 한도로 함)

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

제3조(특정화상처치(급여)의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서「특정화상처치(급여)」라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 피보험자의 상해로 인한 화상 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 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,화학화상등의 경우-하지의1지,복부또는배부에준하는범위 [10%~18%의범위]	N0053
화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의 경우-양하지또는동체(복부및배부)에준하는범위 [19%~36%의범위]	N0054
화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의 경우-상,하지또는양하지와복부또는배부에준하는범위[37~54%]	NA055

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
화상처치-열탕,화염,동상,화학화상등의 경우-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

2 제1항의「특정화상처치(급여)」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 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경된 경우에는「특정화상처치(급여)」 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

4 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「특정화상처치(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「특정화상처치(급여)」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(입원 및 통원의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서「입원」이라 함은 의사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입원하지 않고 의사의 관

리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-54. 특정선천이상및신경계질환 재활치료비(급여, 연간90회한)보장

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「특정선천이상및신경계질환」으로 진단확정되고 그 재활치료를 목적으로 병원에 입원 중에「특정선천이상및신경계질환재활치료(급여)」(이하「입원 특정선천이상및신경계질환재활치료(급여)」라 합니다.)를 받은 경우 또는 통원하여「특정선천이상및신경계질환재활치료(급여)」(이하「외래 특정선천이상및신경계질환재활치료(급여)」라 합니다.)를 받은 경우에는 보험수익자에게 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정선천이상및신경계질환재활치료비로 지급합니다.

2 제1항의 특정선천이상및신경계질환재활치료비는 연간 발생한「입원 특정선천이상및신경계질환재활치료(급여)」와「외래 특정선천이상및신경계질환재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 최대 90회 한도로 지급합니다.

3 제2항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 다음 각 호의 경우에는「입원 특정선천이상및신경계질환재활치료(급여)」와「외래 특정선천이상및신경계질환재활치료(급여)」각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.

① 피보험자가 동일한 날에「입원 특정선천이상및신경계질환재활치료(급여)」를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서「외래 특정선천이상및신경계질환재활치료(급여)」를 받은 경우

② 피보험자가 동일한 날에「외래 특정선천이상및신경계질환재활치료(급여)」를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서「입원 특정선천이상및신경계질환재활치료(급여)」를 받은 경우

【예시1】
병원에 통원하여「단순운동치료(MM101)」,「중추신경계발달재활치료(MM105)」,「재활기능치료-보행치료(MM302)」재활치료를 모두 동일한 날에 받은 경우
⇒「보험가입금액×1회」에 해당하는 보험금 지급(여러 진료행위를 받더라도 1일 1회에 한함)

【예시2】
병원에 통원하여「단순운동치료(MM101)」재활치료를 받

고, 그 날 병원에 입원하여「중추신경계발달재활치료(MM105)」와「재활기능치료-보행치료(MM302)」재활치료를 받은 경우 ⇒「보험가입금액×2회」에 해당하는 보험금 지급(외래 1회 + 입원 1회. 단, 입원 및 통원을 합산하여 연간 90회 한도로 함) 【 예시3 】 연간 1년내에 병원에 입원하여 80일에 해당하는 특정선천이상, 신경계질환재활치료(급여)를 받고, 퇴원 후 병원에 통원하여 20일에 해당하는 특정선천이상, 신경계질환재활치료를 받은 경우 ⇒「보험가입금액×90회」에 해당하는 보험금 지급(100회(입원 80회와 외래 20회를 더한 값) 재활치료를 받았으나, 입원 및 통원을 합산하여 연간 90회 한도로 함)

2 특정선천이상및신경계질환으로 진단받은 피보험자가 특정선천이상및신경계질환의 진단과 관련이 없는 질병 또는 상해로 특정선천이상신경계질환재활치료(급여)를 받은 경우는 보장하지 않습니다.

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

제3조(특정선천이상및신경계질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「특정선천이상및신경계질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서【별표39(특정선천이상및신경계질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2「특정선천이상및신경계질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한, 회사가「특정선천이상및신경계질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특정선천이상및신경계질환 재활치료(급여)의 정의)

1 이 특별약관에서「특정선천이상및신경계질환재활치료(급여)」라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다.)가「특정선천이상및신경계질환」으

로 인한 재활치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리 하에 치료 목적의 특정선천이상및신경계질환 치료 중, 특정선천이상및신경계질환 치료 완료 후 특정선천이상및신경계질환 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 전문재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장애를 최소화시키는 과정을 말합니다.

2 이 특별약관에서「특정선천이상및신경계질환재활치료(급여)」라 함은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
마사지치료[1일당]	MM090
단순운동치료[1일당]	MM101
전기자극치료-마비근 치료	MM060
운동치료-복합운동치료[1일당]	MM102
운동치료-등속성운동치료[1일당]	MM103
운동점차단술[근육당]	MM161
압박치료[1일당]	MM190
복합림프물리치료[1일당]	MM200
풀치료-보행풀[1일당]	MM047
풀치료-전신풀[1일당]	MM048
중추신경계발달재활치료	MM105
작업치료-단순작업치료	MM111
작업치료-복합작업치료	MM112
작업치료-특수작업치료	MM113
일상생활동작훈련치료[1일당]	MM114
신경인성방광훈련치료	MM120
근막동통유발점주사자극치료[1일당]	MM131
근막동통유발점주사자극치료[1일당]-2부위 이상각각실시	MM132
기능적전기자극치료	MM151
호흡재활치료[1일당]	MM290
재활기능치료-매트및이동치료	MM301
재활기능치료-보행치료	MM302
연하장애재활치료	MX141
연하재활 기능적전기자극치료	MZ008

3 제2항의「특정선천이상및신경계질환재활치료(급여)」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.

4 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는

「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경된 경우에는「특정선천이상및신경계질환재활치료(급여)」 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.
5 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「특정선천이상및신경계질환재활치료(급여)」당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는「특정선천이상및신경계질환재활치료(급여)」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(입원 및 통원의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서「입원」이라 함은 의사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입원하지 않고 의사의 관리하에 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)」필수기재), 진료기록부 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서

정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

1-55. 특정관장처치비(급여,응급실내원)보장

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 응급실에 내원하여 제3조(「특정관장처치(급여)의 정의 및 장소」)에서 정한「특정관장처치(급여)」를 받은 경우에는 보험수익자에게 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정관장처치비로 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고, 동시에 두 가지 이상의「특정관장처치(급여)」에 해당하는 수가코드를 받은 경우에도 1일 1회에 한하여 보장합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특정관장처치(급여)의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서「특정관장처치(급여)」라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다.)가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비 세부내역서상 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
기타 관장(글리세린 관장, 생리식염수 관장, 에스에스 관장 등) [관장제포함]	M0077
약물저류관장 [관장제포함]	M0076
가스관장 [관장제포함]	M0073

2 제1항의「특정관장처치(급여)」는 제4조(응급실의 정의)에서 정한「응급실」에서 의사의 관리하에 행한 것에 한하며, 관장제를 처방받아 자택에서 치료하는 것은 제외합니다. 또한, 회사가「특정관장처치(급여)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 응급실기록지, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

3 제1항의「특정관장처치(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다.) 또는「의료급여

법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다.)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

4 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경된 경우에는「특정관장처치(급여)」 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

5 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「특정관장처치(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「특정관장처치(급여)」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(응급실의 정의)

이 특별약관에서「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장 · 군수 · 구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

제2장 치아 관련 특별약관

2-1. 갱신형 영구치상실치료비(예약) 보장 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 제1절 일반조항 제2조(용어의 정의) 및 아래와 같습니다.

용어	정의
영구치	유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연 치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형 치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
유치	젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
치아우식증(충치)	제8차 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하며, 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식증은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 근단주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
치주질환	제8차 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당되며, 일반적으로 잇몸병이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때에는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 질병(치아우식증(충치), 치주질환)을 직접적인 원인으로「영구치상실」을 입은 경우에는 보험수익자에게 영구치당 이 특별약관의 보험가입금액을 영구치상실치료비로 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 보장개시일 이후 보험기간 중에 제4조(영구치상실의 정의)에서 정한「영구치상실」을 수반하는 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간이 끝난 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 보험기간이 끝나기 전 180일 이내의 치아치료는 보상합니다.
2 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(영구치상실의 정의)

이 특별약관에서「영구치상실」이란 치아우식증(충치) 또는 치주질환, 외상 등에 의하여 치아가 뿌리까지 손상되어 어떠한 치료를 하더라도 치아의 전부 또는 일부라도 보존할 수 없다고 판단되어 치아를 발거(拔去)한 경우를 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 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

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

① 제3대구치(사랑니)를 발거하는 경우
② 교정 및 위치이상 : 교정치료를 위하여 발거(拔去)하였거나 위치이상으로 심미적인 개선을 위하여 발거(拔去)한 경우

③ 맹출장애 : 부분 매복되거나, 완전 매복되어 발거(拔去)한 경우
④ 제8차 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 영구치상실을 입은 경우

대상질병	분류코드
치아의 발육 및 맹출 장애	K00
매몰치 및 매복치	K01
치아경조직의 기타 질환	K03
잇몸 및 무치성 치조융기의 기타 장애	K06
치아얼굴이상(부정교합포함)	K07
치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 치과치료관련 증명서 등
㉠ 아래의 내용이 포함된 치과치료 진단서 및 치료확인서(회사양식)
㉮ 발거한 영구치의 위치(또는 치아번호) 및 발거일자
㉯ 해당 영구치의 내원 당시의 치아상태
㉰ 직접적인 영구치 발거원인
㉡ 치과진료기록 사본
㉢ 회사는 상기"㉠"내지"㉡"서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 영구치 발거 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료를 추가로 요구할 수 있습니다.
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급받은 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없

을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료되었을 것

3 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제8조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제9조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제7조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제11조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-2. 갱신형 치아보철치료비(예약) 보장 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 제1절 일반조항 제2조(용어의 정의) 및 아래와 같습니다.

용어	정의
자연치	타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
영구치	유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연 치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형 치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
유치	젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
치아우식증(충치)	제8차 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하며, 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식증은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 근단주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
치주질환	제8차 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당되며, 일반적으로 잇몸병이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때에는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.
치아수복물	레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.
치아보철물	치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지,Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 치아관련 질병 또는 상해를 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 최초로 영구치 발거를 진단받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 아래에서 정한 치아보철치료(가철성의치(틀니,Denture),고정성가공의치(브릿지,Bridge) 및 임플란트(Implant))(이하「치아보철치료」라 합니다)를 받고 해당 치아보철치료가 종료된 경우 치료 항목별로 아래의 치아보철치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액		지급한도
가철성의치 (Denture, 틀니)	상해	보철물당	보험가입금액의 100%	연간 1회
	질병	보철물당	보험가입금액의 100%	연간 1회
고정성 가공의치 (Bridge, 브릿지)	상해	영구치발거 1개당	보험가입금액의 50%	한도 없음
	질병	영구치발거 1개당	보험가입금액의 50%	한도 없음
임플란트 (Implant)	상해	영구치발거 1개당	보험가입금액의 100%	한도 없음
	질병	영구치발거 1개당	보험가입금액의 100%	한도 없음

2 제1항에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.

3 제1항의「치아관련 질병」은 보장개시일 이후에 발병된 질병으로 제8차 한국표준질병사인분류표상 아래의 분류번호에 해당하는 질병(이하「질병」이라 합니다)을 말합니다.

대상질병	분류번호
치아우식	K02
치수 및 근단주위조직의 질환	K04
치은염 및 치주질환	K05

4 제1항의「연간」이란, 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초계약일과 동일한 월,일을 말합니다, 이하「계약해당일」이라 합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일로 합니다.

5 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 복합형태의 치아보철치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 높은 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다.

【예시】 피보험자의 상악에 총의치(전체틀니)와 임플란트를 복합적으로 치료받는 경우(Implant Overdenture), 해당 치료 종료시 총의치(전체틀니)와 임플란트 보험금 중 한 가지 보험금만 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 상해 또는 질병으로 인하여 보장개시일 이후 보험기간 중에 영구치 발거에 대한 진단을 확정받고 해당 영구치를 발거한 후 계약이 소멸된 경우에도, 영구치를 발거한 날부터 2년 이내 또는 보험기간 종료후 180일이내에 영구치를 발거한 해당부위에 치아보철치료를 할 경우 계약이 소멸된 날의 전일이 속한 보험연도의 연간 보장한도 내에서 해당 보험금을 지급합니다.

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

제4조(가철성의치(Denture, 틀니), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant), 영구치 발거의 정의)

1 이 특별약관에 있어「가철성의치(틀니,Denture)」라 함은 일반적으로 틀니라고 말하며, 영구치와 그와 관련된 조직이 결손이 되었을때, 환자가 임의대로 구강 내에서 빼고 낄 수 있는 인공보철물을 장착하는 시술로, 크게 국소의치와 총의치로 나눌 수 있습니다. 국소의치(부분틀니,Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련 조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며, 완전히 치아에서 지지를 받거나, 잔존 치조제 조직과 치아 양쪽에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 상악이나 하악의 모든 치아 및 그와 관련된 조직을 대체하는 치과 보철물을 말하며, 전적으로 조직(점막, 결체 조직 및 하부골조직)에 의해 지지를 받습니다.

2 이 특별약관에 있어「고정성가공의치(브릿지,Bridge)」라 함은 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방법으로, 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치를 지대치로 하고, 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되는 인공 보철물을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어「임플란트(Implant)」라 함은 점막

또는 골막층 하방, 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 매식물(Fixture)을 식립한 후, 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.
4 이 특별약관에 있어「영구치 발거」라 함은 의사가 어떠한 치료를 하더라도 영구치를 보존할 수 없다고 판단하여 영구치를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 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

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

① 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우

② 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우

③ 매복치 및 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료

④ 제8차 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 발거하는 경우

대상질병	분류코드
치아의 발육 및 맹출 장애	K00
매몰치 및 매복치	K01
치아경조직의 기타 질환	K03
잇몸 및 무치성 치조융기의 기타 장애	K06
치아얼굴이상(부정교합포함)	K07
치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

⑤ 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과치료를 한 경우

⑥ 라미네이트 등 미용상의 치료
⑦ 보장개시일 전에 질병을 직접적인 원인으로 해당 영구치 발거를 진단확정받은 경우 또는 발거한 경우
⑧ 치아우식증(충치)이나 치주질환(잇몸질환) 또는 상해가 이 발거의 직접적인 원인이 아니고, 다른 치과치료를 위한 준비로서 영구치를 발거하는 경우

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 치과치료관련 증명서 등
㉠ 아래의 내용이 포함된 치과치료 진단서 및 치료확인서(회사양식)
㉮ 치료한 치아의 위치(또는 치아번호)
㉯ 해당 치아의 내원 당시의 치아상태
㉰ 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
㉱ 진료내용
㉲ 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
㉡ 치과진료기록 사본
㉢ 치과치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)
㉣ 회사는 상기“㉠ 내지“㉢”서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료를 추가로 요구할 수 있습니다.
③ 진료비계산서
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급받은 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신

일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료되었을 것

3 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제8조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제9조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제7조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제11조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-3. 갱신형 치주소파술치료비(예약) 보장 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 제1절 일반조항 제2조(용어의 정의) 및 아래와 같습니다.

용어	정의
치주소파술	치아와 잇몸 사이의 염증성 조직(치주낭)을 제거하는 치료
1/3악(3분악)	치아전체를 상악(윗니), 하악(아랫니)를 각 좌측구치부, 우측구치부, 전치부로 3구역으로 나눈 단위로써 1인당 6개의 1/3(3분악)을 가집니다. 전치부란 송곳니와 반대 송곳니부분에 해당하는 앞니(송곳니포함)에 해당하며, 구치부는 전치부 이외의 어금니 치아부분에 해당합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 제4조(치주소파술의 정의)에서 정한 치주소파술을 받은 경우에는 1/3악당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 치주소파술보험금으로 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 보험기간 중에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간이 끝난 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 보험기간이 끝나고 180일 이내의 치료에 한하여 보험금을 지급합니다.

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

제4조(치주소파술의 정의)

1 이 특별약관에 있어「치주소파술」이라 함은 국민건강보

험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에서 치주질환(잇몸질환)치료를 목적으로 치주소파술 치료가 필요하다고 인정하는 기준(이하 「치주소파술 급여인정기준」이라 합니다)에 해당하는 경우로서 아래의 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위코드
치주소파술[1/3악당]	U1010

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로「치주소파술 급여인정기준」이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한「치주소파술 급여인정기준」을 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 보장개시일 전에 해당 치과치료를 진단확정받은 경우
② 라미네이트 등 미용 상의 치료

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 치과치료관련 증명서 등
  ㉠ 아래의 내용이 포함된 치과치료 진단서 및 치료확인서(회사양식)
    ㉮ 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
    ㉯ 해당 치아의 내원 당시의 치아상태
    ㉰ 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
    ㉱ 진료내용
    ㉲ 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
  ㉡ 진료행위코드가 기재된 건강보험 요양급여 비용명세서
  ㉢ 치과진료기록 사본
  ㉣ 회사는 상기“㉠ 내지“㉢”서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료를 추가로 요구할 수 있습니다.
③ 진료비계산서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비영수증 등)

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급받은 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료되었을 것

3 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제8조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제9조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제7조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-4. 갱신형 치아보존치료비(예약)보장 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 제1절 일반조항 제2조(용어의 정의) 및 아래와 같습니다.

용어	정의
자연치	타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
영구치	유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연 치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형 치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
유치	젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
치아우식증(충치)	제8차 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하며, 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식증은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 근단주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
치주질환	제8차 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당되며, 일반적으로 잇몸병이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때에는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.
치아수복물	레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.
치아보철물	치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지,Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 제

3항에서 정한 치아관련 질병 또는 상해를 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 아래에서 정한 치아보존치료(충전치료,크라운치료)(이하「치아보존치료」라 합니다)를 진단확정 받고 해당 유치 및 영구치에 치아보존치료를 한 경우 치료 항목별로 아래의 치아보존치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

구분			지급기준	지급금액	지급한도
충전치료	아말감, 글래스아이노머	상해	치아당	보험가입금액의 10%	한도없음
		질병	치아당	보험가입금액의 10%	한도없음
	아말감·글래스아이노머 이외(레진필링, 인레이·온레이등)	상해	치아당	보험가입금액의 50%	한도없음
		질병	치아당	보험가입금액의 50%	한도없음
크라운 치료		상해	치아당	보험가입금액의 100%	연간 3개
		질병	치아당	보험가입금액의 100%	연간 3개

2 제1항에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다.

3 제1항의「치아관련 질병」은 보장개시일 이후에 발병된 질병으로 제8차 한국표준질병사인분류표상 아래의 분류번호에 해당하는 질병(이하「질병」이라 합니다)을 말합니다.

대상질병	분류번호
치아우식	K02
치수 및 근단주위조직의 질환	K04
치은염 및 치주질환	K05

4 제1항의「연간」이란, 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초계약일과 동일한 월,일을 말합니다, 이하「계약해당일」이라 합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일로 합니다.

5 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 복합 형태의 치아보존치료를 받은 경우, 해당 치료 중 가장 높은 한 가지 치료항목의 보험금만을 지급합니다.

【 예시 】
피보험자가 상악 어금니 1개에 치아우식증(충치)이 발생하여 레진필링치료를 진단받고 레진필링치료가 종료되기 이전에 의사의 진단에 의하여 동일한 치아에 크라운 치료를 진단받은 경우, 해당 치료 종료시 크라운치료 보험금만 지급합니다.

6 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아보존치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 치아보존치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 또는 질병으로 봅니다.

【 예시 】
피보험자가 상악 좌측 송곳니에 치아우식증(충치)이 발생하여 2022년 4월 1일에 레진필링치료를 종료하고 보험금을 지급받은 경우(5만원), 동일한 치아에 치아우식증(충치)으로
▶ 2022년 9월 1일에 크라운치료를 개시한 경우
: 크라운치료 보험금 지급시 이미 받은 레진필링치료 보험금을 차감하고 지급(10만원-5만원= 5만원)
▶ 2022년 10월 1일에 크라운치료를 개시한 경우
: 크라운치료 보험금을 지급(10만원)

7 이미 치아보존치료를 받은 유치 및 영구치에 대하여 새로운 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 치아보존치료를 한 경우에도 해당 치아보존치료 보험금을 지급합니다.

8 피보험자가 이 특별약관의 보장개시일 이후에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 충전치료 또는 크라운치료를 진단확정 받은 해당 유치 또는 영구치에 대하여 보험기간 중에 치아우식증(충치)이 있는 치아을 제거하고 임시충전치료를 받았거나 신경치료를 시작한 경우 또는 임시크라운을 장착한 경우에는, 계약이 소멸된 이후에도 충전치료 또는 크라운치료를 받은 경우 계약이 소멸된 날의 전일이 속한 보험연도의 연간 보장한도 내에서 해당 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【보험연도】
당해연도 보험계약 해당일부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2022년 4월 1일인 경우 보험연도는 4월 1일부터 차년도 3월 31일까지 1년을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 보험기간 중에 제2조(보험금의 지급사유)에 정한 치아보존치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간이 끝난 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우, 보험기간이 끝나고 180일 이내의 치아보존치료는 보장합니다.

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

제4조(충전치료, 크라운치료의 정의)

1 이 특별약관에 있어「충전치료」라 함은 치아의 손상된 부위에 충전재를 수복하여 원상회복 시키는 치료법으로 치아에 재료를 직접 수복하는 직접충전과 구강 외에서 수복물을 제작하고 접착제를 사용하여 치아에 수복물을 접착하는 간접충전(인레이, 온레이 등)이 있습니다. 충전치료 항목별 정의는 아래와 같습니다.

치료항목	정의
아말감	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 구리, 주석, 은 등의 합금과 수은의 혼합체를 말합니다.
글래스 아이노머	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 산부식처리가 필요없는 화학 접착으로 수복하는 재료를 말합니다.
레진필링	치아 충전 또는 수복 재료 중 치과용 레진을 치아에 직접 수복하는 충전치료를 말합니다. 심미성이 요구되고 교합력이 크게 작용하지 않는 치아 또는 손상부위가 작은 치아를 충전할 경우에 쓰입니다.
인레이·온레이	치아의 손상된 부위에 구강 외에서 본을 떠 금이나 도재 등의 재료로 구조물을 제작하고 시멘트를 사용하여 합착하는 간접적으로 충전 치료하는 방법을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어「크라운치료」라 함은 임상적 치관(머리부분)의 모든 면을 금이나 세라믹 등의 충전물로 덮어 치아의 형태와 기능을 재생시켜주는 치료를 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는

사유) 및 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

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

① 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우

② 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우

③ 매복치 및 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료

④ 제8차 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 치아보존치료를 하는 경우

대상질병	분류코드
치아의 발육 및 맹출 장애	K00
매몰치 및 매복치	K01
치아경조직의 기타 질환	K03
잇몸 및 무치성 치조융기의 기타 장애	K06
치아얼굴이상(부정교합포함)	K07
치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

⑤ 치열교정준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과치료를 한 경우

⑥ 라미네이트 등 미용 상의 치료

⑦ 보장개시일 전에 질병을 직접적인 원인으로 해당 충전치료 또는 크라운치료를 진단확정받은 경우

⑧ 치아보존치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일 이내에 동일 치아에 동일 상해 또는 질병을 원인으로 치아보존치료를 개시한 경우

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하

여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 치과치료관련 증명서 등

㉠ 아래의 내용이 포함된 치과치료 진단서 및 치료확인서(회사양식)

㉮ 치료한 치아의 위치(또는 치아번호)

㉯ 해당 치아의 내원 당시의 치아상태

㉰ 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)

㉱ 진료내용

㉲ 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수

㉡ 치과진료기록 사본

㉢ 치과치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)

㉣ 회사는 상기"㉠ 내지"㉢"서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료를 추가로 요구할 수 있습니다.

③ 진료비계산서

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급받은 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료

되었을 것

3 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제8조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제9조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제7조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-5. 갱신형 치아근관치료비(치아신경치료비) (예약)보장 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 제1절 일반조항 제2조(용어의 정의) 및 아래와 같습니다.

용어	정의
치주소파술	치아와 잇몸 사이의 염증성 조직(치주낭)을 제거하는 치료
1/3악(3분악)	치아전체를 상악(윗니), 하악(아랫니)를 각 좌측구치부, 우측구치부, 전치부로 3구역으로 나눈 단위로써 1인당 6개의 1/3(3분악)을 가집니다. 전치부란 송곳니와 반대 송곳니부분에 해당하는 앞니(송곳니포함)에 해당하며, 구치부는 전치부 이외의 어금니 치아부분에 해당합니다.
자연치	타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
영구치	유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연 치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형 치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
유치	젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
치아우식증(충치)	제8차 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하며, 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식증은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 근단주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
치주질환	제8차 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당되며, 일반적으로 잇몸병이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때에는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 치아관련 질병 또는 상해를 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 유치 및 영구치의 손상에 대한 진단을 받고, 해당 유치 및 영구치에 아래에서 정한 치아근관치료를 받은 경우 아래의 치아근관치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액	지급한도
치아근관치료 시	치아당 보험가입금액의 100%	한도없음

2 제1항에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다.

3 제1항의「치아관련 질병」은 보장개시일 이후에 발병된 질병으로 제8차 한국표준질병사인분류표상 아래의 분류번호에 해당하는 질병(이하「질병」이라 합니다)을 말합니다.

대상질병	분류번호
치아우식	K02
치수 및 근단주위조직의 질환	K04
치은염 및 치주질환	K05

4 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아근관치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 치아근관치료를 개시한 경우에는 새로운 상해 또는 질병으로 봅니다.

5 이미 치아근관치료를 받은 유치 및 영구치에 대하여 새로운 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 치아근관치료를 한 경우에도 해당 치아근관치료 보험금을 지급합니다.

6 피보험자가 보장개시일 이후에 치아근관치료를 받는 중 보험기간이 종료되더라도 그 계속 중인 치아근관치료에 대하여는 보험기간 종료일 직전에 해당하는 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다.

7 피보험자가 보장개시일 이후에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 치아근관치료를 진단확정 받은 해당 유치 및 영구치에 대하여 보험기간 중에 치아근관치료를 시작한 경우에는 계약이 소멸된 이후에도 치아근관치료를 받았으면 계약이 소멸된 날의 전일이 속한 보험연도의 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 보장개시일 이후 보험기간 중에 제2조(보험금의 지급사유)에 정한 치아근관치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와의 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우에는, 보험기간 종료일부터 180일 이내의 치아근관치료에 한하여 보험금을 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(치아근관치료의 정의)
이 특별약관에 있어「치아근관치료」란 치아내부에 있는 치수(혈관이 밀집한 연조직)가 상해로 인해 손상되었거나 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정의하는「질병」에 감염되는 경우, 치수를 제거하여 통증이나 기타증상을 없애고 치아가 제자리에서 기능을 할 수 있도록 보존하는 치료를 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 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
2 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 보장개시일 전에 질병을 직접적인 원인으로 해당 치아근관치료를 받은 경우

② 이미 치아근관치료를 받은 부위에 대하여 새로운 상해, 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)에 기인하지 않는 수리, 복구, 대체치료를 한 경우
③ 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료
④ 제8차 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 치아근관치료를 받는 경우

대상질병	분류코드
치아의 발육 및 맹출 장애	K00
매몰치 및 매복치	K01
치아경조직의 기타 질환	K03
잇몸 및 무치성 치조융기의 기타 장애	K06
치아얼굴이상(부정교합포함)	K07
치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

⑤ 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과치료를 한 경우
⑥ 라미네이트 등 미용상의 치료
⑦ 치아근관치료가 종료된 날부터 그 날을 포함하여 180일 이내에 동일 치아에 동일 상해 또는 질병을 원인으로 치아근관치료를 개시한 경우

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 치과치료관련 증명서 등
㉠ 아래의 내용이 포함된 치과치료 진단서 및 치료확인서(회사양식)
㉮ 치료한 치아의 위치(또는 치아번호)
㉯ 해당 치아의 내원 당시의 치아상태
㉰ 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)
㉱ 진료내용
㉲ 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
㉡ 치과진료기록 사본
㉢ 치과치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)
㉣ 회사는 상기“㉠ 내지“㉢”서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료를 추가로 요구할 수 있습니다.
③ 진료비계산서
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인

감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급받은 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료되었을 것

3 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제8조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를

납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제9조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제7조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-6. 갱신형 치석제거(스케일링)치료비(예약)보장 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 제1절 일반조항 제2조(용어의 정의) 및 아래와 같습니다.

용어	정의
자연치	타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
영구치	유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연 치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형 치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
유치	젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
치아치료를 위한 치석제거(스케일링)	잇몸질환을 발생시키는 원인요소중 치면에 부착된 치석(치면부착 이물질 포함) 등을 제거하는 과정으로서 핸드 스케일러 혹은 초음파 치석제거기를 사용하는 술식이며, 경우에 따라서는 연마제 등을 활용하여 필요한 치면의 표면을 마무리 하는 과정까지 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 제4조(치석제거(스케일링)치료의 정의) 제1항에서 정한 치석제거(스케일링) 치료를 진단 확정 받고 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 치석제거(스케일링) 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 치석제거(스케일링)치료비로 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다.

3 피보험자가 2회 이상의 치석제거(스케일링) 치료를 받은 경우, 하나의 치료로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 치료가 종료된 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 치석제거(스케일링) 치료를 개시한 경우에는 새로운 치료로 봅니다.

4 피보험자가 보장개시일 이후에 치석제거(스케일링) 치료를 받는 중 보험기간이 종료되더라도 그 계속 중인 치석제

거(스케일링) 치료에 대하여는 보험기간 종료일 직전에 해당하는 연간 보상한도 내에서 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 보장개시일 이후 보험기간 중에 제2조(보험금의 지급사유)에 정한 치석제거(스케일링)치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와의 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우에는, 보험기간 종료일부터 180일 이내의 치석제거(스케일링) 치료에 한하여 보험금을 지급합니다.

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

제4조(치석제거(스케일링)치료의 정의)

1 이 특별약관에 있어「치석제거(스케일링) 치료」라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에서 치주질환(잇몸질환)치료를 목적으로 치석제거(스케일링)치료가 필요하다고 인정하는 기준(이하「치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준」이라 합니다)에 해당하는 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 의료기관 중 치과에서「치석제거(스케일링)치료」를 받은 경우를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로「치석제거(스케일링)치료 급여 인정 기준」이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한「치석제거(스케일링) 치료 급여 인정 기준」을 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 보장개시일 전에 해당 치과치료를 진단확정받은 경우
② 라미네이트 등 미용 상의 치료
③ 치아치료가 종료된 날부터 그날을 포함하여 180일 이내에 동일 치아에 동일 질병을 원인으로 치아치료를

개시한 경우

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 치과치료관련 증명서 등

㉠ 아래의 내용이 포함된 치과치료 진단서 및 치료확인서(회사양식)

㉮ 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)

㉯ 해당 치아의 내원 당시의 치아상태

㉰ 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)

㉱ 진료내용

㉲ 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수

㉡ 진료행위코드가 기재된 건강보험 요양급여 비용명세서

㉢ 치과진료기록 사본

㉣ 회사는 상기"㉠ 내지"㉢"서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료를 추가로 요구할 수 있습니다.

③ 진료비계산서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비영수증 등)

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급받은 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날

이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료되었을 것

3 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제8조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제9조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제7조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금

을 지급합니다.

제11조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-7. 갱신형 치아촬영비(X-ray 및 파노라마)(예약) 보장 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 제1절 일반조항 제2조(용어의 정의) 및 아래와 같습니다.

용어	정의
자연치	타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
영구치	유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연 치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형 치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
유치	젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
X-ray 촬영, 파노라마 촬영	환자의 치열 상태, 상하악골, 상악동, 하치조신경 경로등 개개의 치아보다는 전반적인 검진을 하기 위한 촬영술식입니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 제4조(치아촬영(X-ray 및 파노라마)의 정의)에서 정한 치아촬영(X-ray 및 파노라마)을 한 경우에는 각각의 촬영 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 치아촬영비(X-ray 및 파노라마)로 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다.

3 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 2회 이상의 X-ray 촬영 또는 2회 이상의 파노라마 촬영을 한 때에는 하나의 X-ray 촬영 또는 하나의 파노라마 촬영으로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

4 피보험자가 동일한 상해 또는 질병으로 2개 이상의 치아에 X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영을 한 때에는 하나의 X-ray 촬영 또는 하나의 파노라마 촬영으로 보아 1회에 한하여 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

5 제3항 및 제4항에도 불구하고 치료가 종료된 날부터 그 날을 포함하여 180일이 경과하여 X-ray 촬영 또는 파노라마 촬영을 한 때에는 새로운 상해 또는 질병으로 보아 제1항에

따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(치아촬영(X-ray 및 파노라마)의 정의)
1 이 특별약관에 있어「치아촬영(X-ray 및 파노라마)」이라 함은 치과치료를 목적으로 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에서 치아촬영(X-ray 및 파노라마)이 필요하다고 인정한 기준(이하 「치아촬영(X-ray 및 파노라마) 급여인정기준」이라 합니다)에 해당하는 경우로서 아래의 진료행위를 말합니다.

구분		진료행위코드
X-ray 촬영	1. 치근단 촬영	G9101~G9105
	2. 교익 촬영	G9501~G9505
	3. 교합 촬영	G9601
파노라마 촬영		G9701, G9761

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로「치아촬영(X-ray 및 파노라마) 급여인정기준」이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한「치아촬영(X-ray 및 파노라마) 급여인정기준」을 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 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

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

① 보장개시일 전에 해당 치과치료를 진단확정받은 경우

② 라미네이트 등 미용 상의 치료

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 치과치료관련 증명서 등

㉠ 아래의 내용이 포함된 치과치료 진단서 및 치료확인서(회사양식)

㉮ 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)

㉯ 해당 치아의 내원 당시의 치아상태

㉰ 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)

㉱ 진료내용

㉲ 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수

㉡ 진료행위코드가 기재된 건강보험 요양급여 비용명세서

㉢ 치과진료기록 사본

㉣ 회사는 상기"㉠ 내지"㉢"서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료를 추가로 요구할 수 있습니다.

③ 진료비계산서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비영수증 등)

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급받은 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이

끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료되었을 것

3 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제8조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제9조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제7조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자

에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제11조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-8. 갱신형 발치치료비(예약)보장 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 제1절 일반조항 제2조(용어의 정의) 및 아래와 같습니다.

용어	정의
자연치	타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
영구치	유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연 치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형 치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
유치	젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
난발치	완전매복치를 제외한 치아로 단순발치가 곤란한 치아를 말합니다.
발치	치아를 제거하는 외과적 처치로서, 단순발치, 정교발치 및 완전매복발치를 말합니다.
단순발치 (맹출치아 및 노출된 치근)	정상 맹출된 치아를 제거하는 치료술식으로 발치겸자 등 기구를 활용하지만 잇몸절개, 치아분할 또는 골삭제 등을 하지 않고 정상 발치하는 경우를 말합니다.
정교발치 (부분적으로 매복된 치아)	발치할 치아가 치조골에 부분적으로 매복되어있는 경우 또는 파절된 치아를 제거하기 위한 시술이며 단순 발치가 불가능한 경우 필요한 치료술식을 말합니다.
완전매복발치 (완전 매복된 치아)	치관의 2/3이상이 치조골 또는 악골내에 매복된 경우이며 골삭제와 치아분할술이 필요한 치료술식을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자가 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 제4조(발치(단순,정교,완전매복)치료의 정의)에서 정한 발치(단순,정교,완전매복)치료를 한 경우에는 보험수익자에게 치아 1개당 아래에 정한 금액을 발치(단순,정교,완전매복)치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
단순발치 (맹출치아 및 노출된 치근)	보험가입금액의 30%
정교발치 (부분적으로 매복된 치아)	보험가입금액의 50%
완전매복발치 (완전 매복된 치아)	보험가입금액의 100%

2 제1항에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 보장개시일 이후 보험기간 중에 제4조(발치(단순,정교,완전매복)치료의 정의)에서 정한 발치(단순,정교,완전매복)치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간이 끝난 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경우에는, 보험기간 종료일부터 180일 이내의 발치(단순,정교,완전매복)치료에 한하여 보험금을 지급합니다.

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

제4조(발치(단순,정교,완전매복)치료의 정의)

1 이 특별약관에 있어「발치(단순,정교,완전매복)치료」라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에서 발치 치료가 필요하다고 인정한 기준(이하「발치(단순,정교,완전매복)치료 급여인정기준」이라 합니다)에 해당하는 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 의료기관 중 치과에서 아래에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

구분		진료행위 코드
단순발치 (맹출치아 및 노출된 치근)	유치(Deciduous Tooth)	U4411
	전치(Anterior Tooth)	U4412
	구치(Posterior Tooth)	U4413
정교발치 (부분적으로 매복된 치아)	난발치 (Complicated Extraction)	U4414
	단순매복치(Simple)	U4415
	복잡매복치[치아분할술을 실시한 경우](Complex)	U4416
완전매복발치 (완전 매복된 치아)	완전매복치[치관이 2/3 이상 치조골내에 매복된 치아의 골절제와 치아분할술을 동시에 시행한 경우](Complete)	U4417

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로「발치(단순,정교,완전매복)치료 급여인정기준」이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한「발치(단순,정교,완전매복)치료 급여인정기준」을 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 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

2 회사는 보장개시일 전에 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 치과치료를 진단확정받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 치과치료관련 증명서 등

㉠ 아래의 내용이 포함된 치과치료 진단서 및 치료확인서(회사양식)

㉮ 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)

㉯ 해당 치아의 내원 당시의 치아상태

㉰ 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)

㉱ 진료내용

㉲ 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수

㉡ 진료행위코드가 기재된 건강보험 요양급여 비용명세서

㉢ 치과진료기록 사본

㉣ 회사는 상기"㉠ 내지"㉢"서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료를 추가로 요구할 수 있습니다.

③ 진료비계산서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비영수증 등)

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급받은 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료되었을 것

3 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제8조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제9조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제7조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-9. 갱신형 치면열구전색술(실란트)치료비 (예약)보장 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 제1절 일반조항 제2조(용어의 정의) 및 아래와 같습니다.

용어	정의
치아우식증 (충치)	제8차 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하며, 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식증은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 근단주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
치면 열구전색술	치아우식증 예방을 위해 치아의 교합면에 존재하는 홈을 메우는 예방적 치과술식을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 구강검진검사(치면세균막검사 등)에서「치아우식발생 위험치아」로 판정되어 특수예방치료가 필요하다는 진단을 받고 치과의사 면허를 가진 자에 의해 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 치과 병, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 치아우식증의 예방을 목적으로 제4조(치면열구전색술(실란트)치료의 정의) 제1항에서 정한 치면열구전색술(실란트)치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 1치아당 이 특별약관의 보험가입금액을 치면열구전색술치료비로 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다.

3 피보험자가 보장개시일 이후에 치면열구전색술(실란트)치료를 받는 중 보험기간이 종료되더라도 그 계속 중인 치면열구전색술(실란트)치료에 대하여는 보험금을 지급합니다. 이 경우 해당 사실을 입증할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 보장개시일 이후 보험기간 중에 제2조(보험금의 지급사유)에 정한 치면열구전색술(실란트)치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와의 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 진단과 관련된 직접적인 치료를 하는 경

우에는, 보험기간 종료일부터 180일 이내의 치면열구전색술(실란트)치료에 한하여 보험금을 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(치면열구전색술(실란트)치료의 정의)

1 이 특별약관에 있어「치면열구전색술(실란트)치료」라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우로서 좌·우측 상·하악 제1 큰어금니 및 제2 큰어금니(8개 치아)에 시행한 아래의 진료행위를 말하며,「치면열구전색술 급여인정기준('요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항', 보건복지부 고시)(이하「치면열구전색술 급여인정기준」이라 합니다)」에 해당하는 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 의료기관 중 치과에서「치면열구전색술(실란트)치료」를 받은 경우를 말합니다.

구분	진료행위코드
치면열구전색술	U2390

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로「치면열구전색술 급여인정기준」이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한「치면열구전색술 급여인정기준」을 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 보장개시일 전에 해당 치과치료를 진단확정받은 경우
② 라미네이트 등 미용 상의 치료
③ 탈락 또는 파절 등으로 2년 이내에 동일의료기관에서 동일치아에 재도포를 시행한 경우

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 치과치료관련 증명서 등

㉠ 아래의 내용이 포함된 치과치료 진단서 및 치료확인서(회사양식)
㉮ 진료된 치아의 위치(또는 치아번호)
㉯ 해당 치아의 내원 당시의 치아상태
㉰ 진료내용
㉱ 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수
㉡ 진료행위코드가 기재된 건강보험 요양급여 비용명세서
㉢ 치과진료기록 사본
㉣ 회사는 상기"㉠ 내지"㉢"서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료를 추가로 요구할 수 있습니다.

③ 진료비계산서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비영수증 등)
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
⑤ 구강검진검사지
⑥ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급받은 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료되었을 것

3 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제8조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제9조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제7조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-10. 갱신형 특정 임플란트 치조골 이식술 치료비(예약)보장 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 제1절 일반조항 제2조(용어의 정의) 및 아래와 같습니다.

용어	정의
자연치	타고난 이를 인공치에 상대하여 이르는 말로, 자연적으로 난 치아를 말합니다. 단, 자연적으로 난 치아 중 치아수복물 및 치아보철물을 제외한 부분에 한합니다.
영구치	유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연 치아를 말합니다. 단, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형 치아(왜소치 등 모양 이상 치아)는 제외합니다.
유치	젖먹이 때 나서 아직 영구치가 나지 않은 치아를 말합니다.
치아우식증(충치)	제8차 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당하며, 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식증은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 근단주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
치주질환	제8차 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당되며, 일반적으로 잇몸병이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한됐을 때에는 치은염이라 하고, 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.
치아수복물	레진필링, 인레이·온레이, 크라운 치료로 치아의 손상된 부위를 재생시키기 위하여 사용한 치과용 충전물 또는 주조물을 말합니다.

치아보철물	치아의 손상된 기능과 구강 건강을 회복하기 위하여 하나 혹은 그 이상의 결손된 자연치나 치아의 치관부 및 그 주위조직을 대치하는 인공적 장치물로, 가철성의치(틀니,Denture), 고정성가공의치(브릿지,Bridge), 임플란트(Implant)를 포함합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 치아관련 질병 또는 상해를 직접적인 원인으로 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 최초로 영구치 발거를 진단받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 임플란트 시술을 받기 위해 제4조(특정 임플란트 치조골 이식술 치료의 정의)에서 정한 특정 임플란트 치조골 이식술 치료를 받은 경우에는 영구치 발거 1개당 아래의 특정 임플란트 치조골 이식술 치료 보험금을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 해당 영구치를 발거한 부위에 특정 임플란트 치조골 이식술 치료를 받고 임플란트 시술을 받은 경우에 한하여 지급합니다.

구분	지급금액		지급한도
특정 임플란트 치조골 이식술 치료	영구치 발거 1개당	보험가입금액의 100%	한도 없음

2 제1항에도 불구하고 이 특별약관을 예약가입한 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 15세 계약해당일로 합니다.

3 제1항의「치아관련 질병」은 특정 임플란트 치조골 이식술 치료보장개시일 이후에 발병된 질병으로 제8차 한국표준질병사인분류표상 아래의 분류번호에 해당하는 질병(이하「질병」이라 합니다)을 말합니다.

대상질병	분류번호
치아우식	K02
치수 및 근단주위조직의 질환	K04
치은염 및 치주질환	K05

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 상해 또는 질병으로 인하여 보장개시일 이후 보험기간 중에 영구치 발거에 대한 진단을 확정받고 해당 영구치를 발거한 후 계약이 소멸된 경우에도, 영구치를 발거한 날부터

2년 이내 또는 보험기간 종료후 180일이내에 영구치를 발거한 해당부위에 특정 임플란트 치조골 이식술 치료에 한하여 보험금을 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특정 임플란트 치조골 이식술 치료의 정의)
이 특별약관에 있어「특정 임플란트 치조골 이식술 치료」라 함은 상해 또는 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정의하는「질병」치료를 직접적인 목적으로 치과의사에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 치과병·의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 해당 영구치의 발거를 진단확정 받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 임플란트를 시술할 목적으로 치조골(잇몸뼈)이 부족하다고 판단되는 경우로서 이식재료 ('자가골', '동종골', '이종골', '합성골' 등)를 이용하여 치조골(잇몸뼈)를 이식하는 시술로서 아래에 정한 골이식(BBG, Block Bone Graft), 골유도재생술(GBR, Guided Bone Regeneration) 및 상악동거상술(SL, Sinus Lifting)을 말합니다.

① 골이식술(BBG, Block Bone Graft) : 골이식재를 치조골(잇몸뼈)이 부족한 부위에 이식하여 뼈를 형성해주는 방법을 말합니다.
② 골유도재생술(GBR, Guided Bone Regeneration) : 뼈를 이식하고 그 공간에 잇몸 등의 다른 조직들이 차오르지 않고 뼈가 충분한 시간적 여유를 가지고 차오를 수 있도록 막을 씌워 골 재생을 유도하는 시술을 말합니다.
③ 상악동거상술(SL, Sinus Lifting) : 상악 어금니 부위의 임플란트 시술에 적용되는 시술로서 상악동을 상부로 밀어올려 그 곳에 골이식을 하는 방법을 말합니다. 측면에서 치조골(잇몸뼈)를 동그랗게 뚫어 접근하는 방법과 임플란트가 식립될 부분에 상악동을 밀어넣어 접근하는 방법이 있습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
1 회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 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

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

① 치아수복물 또는 치아보철물을 수리, 복구, 대체하는 경우

② 부정치열을 교정하기 위하여 영구치를 발거하는 경우

③ 매복치 및 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 치아치료

④ 제8차 한국표준질병·사인분류 상 다음의 질병을 원인으로 발거하는 경우

대상질병	분류코드
치아의 발육 및 맹출 장애	K00
매몰치 및 매복치	K01
치아경조직의 기타 질환	K03
잇몸 및 무치성 치조융기의 기타 장애	K06
치아얼굴이상(부정교합포함)	K07
치아 및 지지구조의 기타 장애	K08

⑤ 치열교정 준비 등 다른 치과 치료를 위하여 임시 치과치료를 한 경우

⑥ 라미네이트 등 미용상의 치료

⑦ 보장개시일 전에 질병을 직접적인 원인으로 해당 영구치 발거를 진단확정받은 경우 또는 발거한 경우

⑧ 골분할술(Ridge split technique), 골신장술(Distraction osteogenesis) 등 제4조(특정 임플란트 치조골 이식술 치료의 정의)에 정하지 않은 시술

⑨ 치아우식증(충치)이나 치주질환(잇몸질환) 또는 상해가 발거의 직접적인 원인이 아니고, 다른 치과치료를 위한 준비로서 영구치를 발거하는 경우

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 치과치료관련 증명서 등

㉠ 아래의 내용이 포함된 치과치료 진단서 및 치료확인서(회사양식)

㉮ 치료한 치아의 위치(또는 치아번호)

㉯ 해당 치아의 내원 당시의 치아상태

㉰ 직접적인 치아의 치료원인(또는 발거원인)

㉱ 진료내용

㉲ 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수

㉡ 치과진료기록 사본

㉢ 치과치료 전후 해당 치아의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요에 따라 파노라마사진)

㉣ 회사는 상기"㉠ 내지"㉢"서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료를 추가로 요구할 수 있습니다.

③ 진료비계산서

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급받은 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고

(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

3 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제8조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제9조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제7조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-11. 부정교합치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후의 보험기간 중에 아래에 정한 Angle씨 부정교합 분류법의 II급 또는 III급으로 치과의사에 의해 판정받고 그로 인하여 교정치료를 요한다는 치과의사의 진단(이하 「부정교합」이라 합니다)이 있는 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 부정교합치료비로 지급합니다.

< Angle씨 부정교합 분류 >

구 분	분 류
II급	하악대구치(아래 어금니)가 상악대구치(윗 어금니)에 비해 원심(안면에서 후방)쪽으로 치우쳐 있는 경우
III급	하악대구치(아래 어금니)가 상악대구치(윗 어금니)에 비해 근심(안면에서 전방)쪽으로 치우쳐 있는 경우

2 제1항에서 정한 지급사유 이외의 단순치열교정 등은 보상하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.

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

제3조(특별약관의 무효)

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

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의

착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다

② 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일 이전에 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「부정교합」으로 진단 확정받은 경우

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 부정교합치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

제3장 간병인지원 입원 관련 특별약관

3-1-1. 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅱ)(1일이상 180일한도)(3년갱신형)보장 특별약관
3-1-2. 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅱ)(1일이상 180일한도)(10년갱신형)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 간병인을 지원 받기를 원할 경우 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드리며, 이때 제1항의 일반상해입원일당은 지급하지 않습니다. 이 경우 제1절 일반조항 제11조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제5항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.

3 피보험자가 의료법 제4조의2(간호・간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 보험수익자에게 간호・간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당으로 제1항의 일반상해입원일당에 더하여 지급합니다. 이때, 회사는 제2항의 간병인 지원 및 간병인 사용비용 지급을 하지 않습니다.

4 제2항의 간병인이라 함은 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자로서, 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말하며, 제3항의 간호·간병통합서비스를 제공하는 자는 제외합니다.

5 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.

6 제2항에 따라 간병인을 지원 받기를 원할 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인 사용비용을 지급하지 않고 일반상해입원일당으로 지급합니다.

【간병인의 주요 업무[예시]】
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】
① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 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 보호

자 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

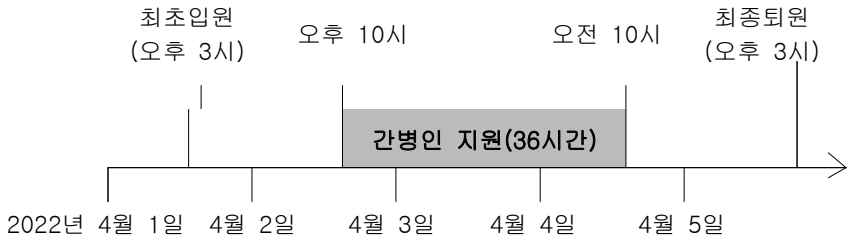
2.「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 일반상해입원일당의 지급일수 또는 간병인의 지원일수 합계는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 하며, 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

【일반상해입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수[예시]】

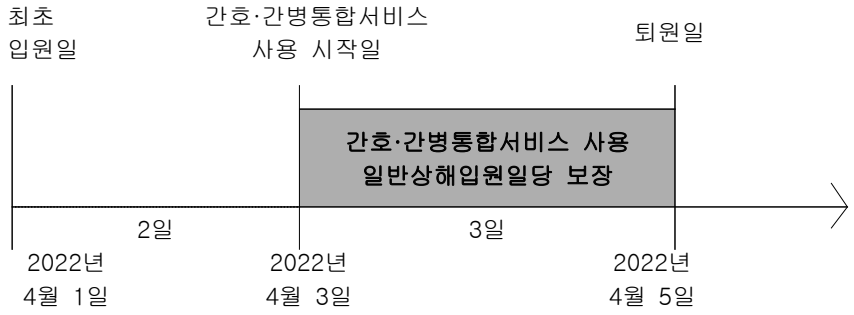


- 총 입원일수 : 5일 (4월 1일 ~ 4월 5일)
- 간병인 사용일수 : 2일 (36시간)
- 일반상해입원일당 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

3 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.

4 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당을 지급합니다.

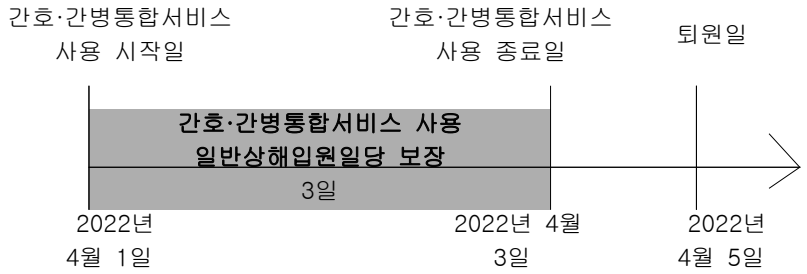
【간호·간병통합서비스를 사용하지 않던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우[예시]】



- 총 입원일수 : 5일 (4월 1일 ~ 4월 5일)
- 간호·간병통합서비스 사용일수 : 3일
- 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당 지급일수 : 3일

5 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당을 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당을 지급하지 않습니다.

【간호·간병통합서비스 사용 중에 간호·간병통합서비스 사용을 종료하는 경우[예시]】



- 총 입원일수 : 5일 (4월 1일 ~ 4월 5일)
- 간호·간병통합서비스 사용일수 : 3일
- 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당 지급일수 : 3일

6 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원

한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
7 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.
8 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
9 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원일당 및 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.
10 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 단서조항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사 양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다)
⑤ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
11 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(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, 패러글라

이딩

② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

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

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제5조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료되었을 것

3 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에

이 계약을 해제합니다.
2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제7조(자동갱신 적용)
1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.
2 회사는 제5조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)
1 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.
2 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 의한 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 이 특별약관을 제1절 일반조항 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 아래에 해당하는 특별약관으로 변경하여 드립니다.

가입 특별약관	변경 특별약관
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(II)(1일이상 180일한도)(3년갱신형)보장 특별약관	갱신형 일반상해입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(3년갱신형)보장 특별약관
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(II)(1일이상 180일한도)(10년갱신형)보장 특별약관	갱신형 일반상해입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(10년갱신형)보장 특별약관

제9조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

3-2-1. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(3년갱신형)보장 특별약관
3-2-2. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(10년갱신형)보장 특별약관

* 이 특별약관은 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅱ)(1일이상 180일한도)(3년갱신형)보장 특별약관, 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅱ)(1일이상 180일한도)(10년갱신형)보장 특별약관 제8조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 전환하는 경우에 한하여 가입 가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.

4 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

5 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)
이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 자동갱신)
1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
2 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.
① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료되었을 것
3 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제5조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)
1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.
2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를

납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제6조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제4조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

3-3-1. 갱신형 간병인지원 질병입원일당(II)(1일이상 180일한도)(3년갱신형)보장 특별약관
3-3-2. 갱신형 간병인지원 질병입원일당(II)(1일이상 180일한도)(10년갱신형)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 간병인을 지원 받기를 원할 경우 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드리며, 이때 제1항의 질병입원일당은 지급하지 않습니다. 이 경우 제1절 일반조항 제11조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제5항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.

3 피보험자가 의료법 제4조의2(간호・간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 보험수익자에게 간호・간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당으로 제1항의 질병입원일당에 더하여 지급합니다. 이때, 회사는 제2항의 간병인 지원 및 간병인 사용비용 지급을 하지 않습니다.

4 제2항의 간병인이라 함은 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자로서, 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말하며, 제3항의 간호·간병통합서비스를 제공하는 자는 제외합니다.

5 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.

6 제2항에 따라 간병인을 지원 받기를 원할 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인 사용비용을 지급하지 않고 질병입원일당으로 지급합니다.

【간병인의 주요 업무[예시]】
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】
① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 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 보호

자 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

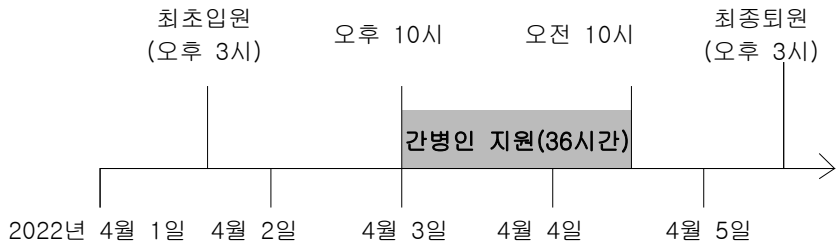
2.「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 질병입원일당의 지급일수 또는 간병인의 지원일수 합계는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 하며, 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

【질병입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수[예시]】



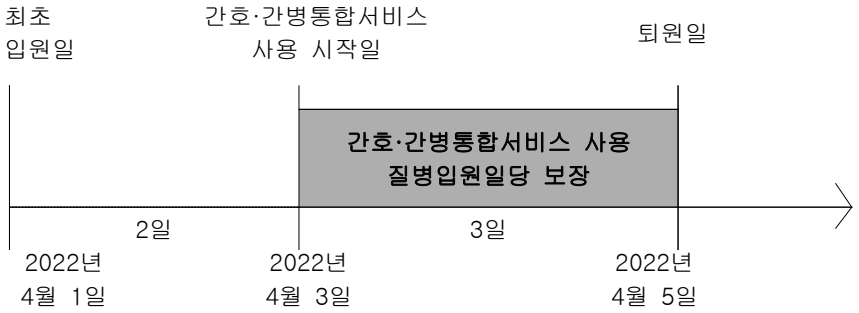
- 총 입원일수 : 5일 (4월 1일 ~ 4월 5일)
- 간병인 사용일수 : 2일 (36시간)
- 질병입원일당 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

3 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말

합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.

4 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당을 지급합니다.

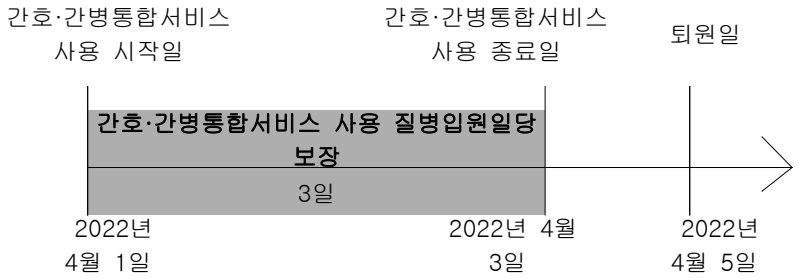
【간호·간병통합서비스를 사용하지 않던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우[예시]】



- 총 입원일수 : 5일 (4월 1일 ~ 4월 5일)
- 간호·간병통합서비스 사용일수 : 3일
- 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 지급일수 : 3일

5 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당을 지급하며. 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당을 지급하지 않습니다.

【간호·간병통합서비스 사용 중에 간호·간병통합서비스 사용을 종료하는 경우[예시]】

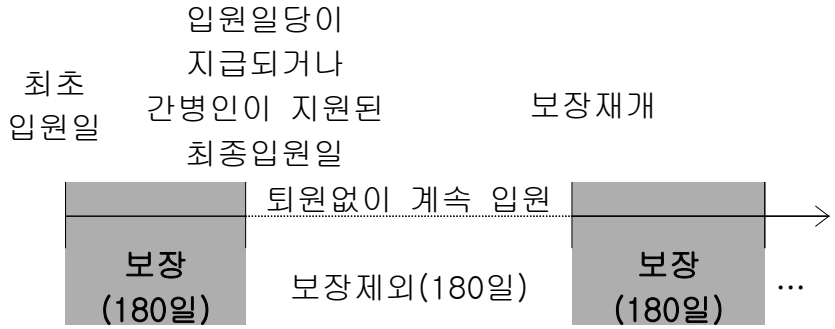


- 총 입원일수 : 5일 (4월 1일 ~ 4월 5일)
- 간호·간병통합서비스 사용일수 : 3일
- 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 지급일수 : 3일

6 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

7 제6항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당 또는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당 또는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당 또는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【간병인지원 질병입원일당 [예시]】



8 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

9 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

10 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당 및 간호・간병통합서비스 사용 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

11 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 단서조항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사 양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다)
⑤ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

【의료법 제3조(의료기관)】 ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원 2. 조산원 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제3조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 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 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 질병입원일당의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 질병입원일당은 지급합니다.
③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
⑥ 성병
⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

2 회사는 다음 중 어느 한 가지로 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하는 사유가 발생한 때에는 질병입원일당을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 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
3 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제5조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년만기형, 10년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.
2 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료되었을 것

3 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제7조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제5조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관

은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

2 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 의한 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 이 특별약관을 제1절 일반조항 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 아래에 해당하는 특별약관으로 변경하여 드립니다.

가입 특별약관	변경 특별약관
갱신형 간병인지원 질병입원일당(II)(1일이상 180일한도)(3년갱신형)보장 특별약관	갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(3년갱신형)보장 특별약관
갱신형 간병인지원 질병입원일당(II)(1일이상 180일한도)(10년갱신형)보장 특별약관	갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(10년갱신형)보장 특별약관

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

3-4-1. 갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(3년갱신형)보장 특별약관
3-4-2. 갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(10년갱신형)보장 특별약관

* 이 특별약관은 갱신형 간병인지원 질병입원일당(II)(1일이상 180일한도)(3년갱신형)보장 특별약관, 갱신형 간병인지원 질병입원일당(II)(1일이상 180일한도)(10년갱신형)보장 특별약관 제8조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 전환하는 경우에 한하여 가입 가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

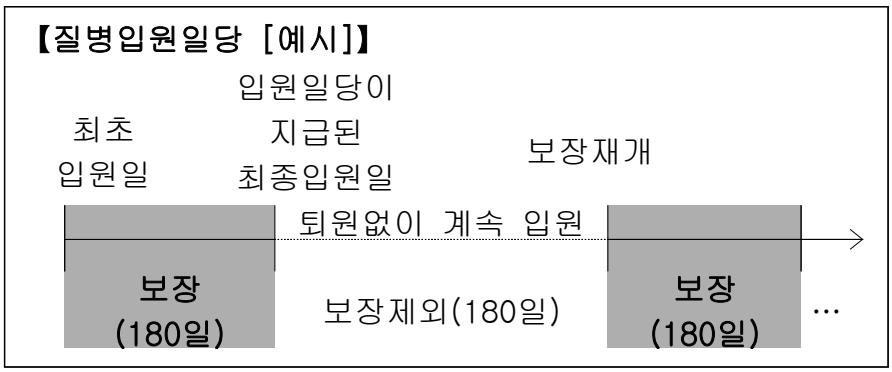
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

3 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당을

계속 보상합니다.
5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
7 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 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 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 질병입원일당의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 질병입원일당은 지급

합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.

⑥ 성병

⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

2 회사는 다음 중 어느 한 가지로 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하는 사유가 발생한 때에는 질병입원일당을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 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

제5조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년만기형, 10년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

2 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료되었을 것

3 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험

나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제6조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제7조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제5조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

3-5-1. 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅱ)(1일이상 180일한도)(3년갱신형)Q보장 특별약관
3-5-2. 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅱ)(1일이상 180일한도)(10년갱신형)Q보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.
2 제1항에도 불구하고 간병인을 지원 받기를 원할 경우 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드리며, 이때 제1항의 질병입원일당은 지급하지 않습니다. 이 경우 제1절 일반조항 제11조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제5항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.
3 피보험자가 의료법 제4조의2(간호・간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 보험수익자에게 간호・간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당으로 제1항의 질병입원일당에 더하여 지급합니다. 이때, 회사는 제2항의 간병인 지원 및 간병인 사용비용 지급을 하지 않습니다.
4 제2항의 간병인이라 함은 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자로서, 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말하며, 제3항의 간호·간병통합서비스를 제공하는 자는 제외합니다.
5 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.
6 제2항에 따라 간병인을 지원 받기를 원할 경우, 간병인

지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인 사용비용을 지급하지 않고 질병입원일당으로 지급합니다.

【간병인의 주요 업무[예시]】
침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】
① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】
① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환

자를 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.

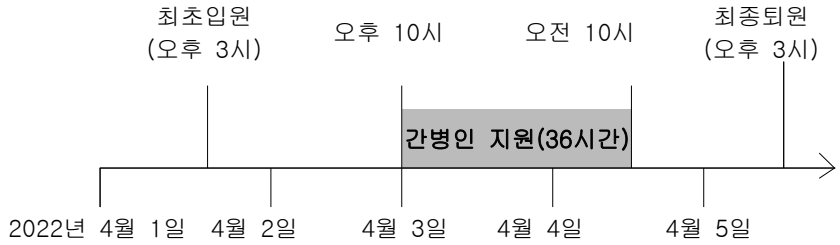
1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 질병입원일당의 지급일수 또는 간병인의 지원일수 합계는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 하며, 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

【질병입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수[예시]】

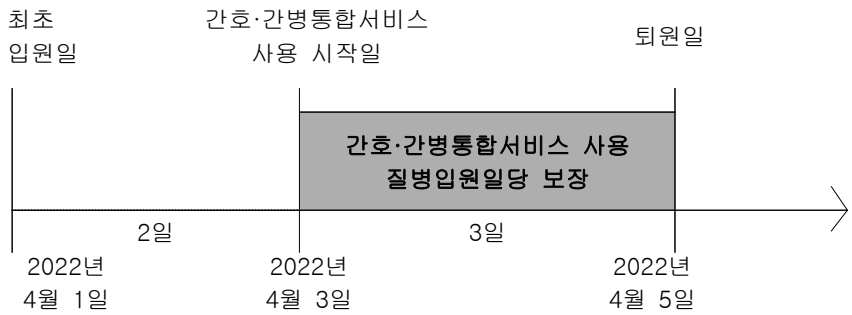


- 총 입원일수 : 5일 (4월 1일 ~ 4월 5일)
- 간병인 사용일수 : 2일 (36시간)
- 질병입원일당 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

3 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.

4 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 제1항 및 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당을 지급합니다.

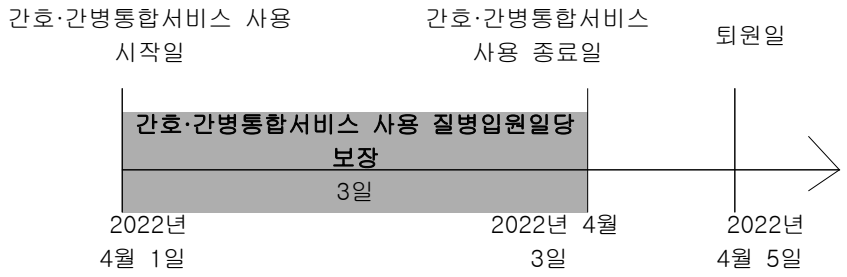
【간호·간병통합서비스를 사용하지 않던 중
간호·간병통합서비스를 사용하는 경우[예시]】



- 총 입원일수 : 5일 (4월 1일 ~ 4월 5일)
- 간호·간병통합서비스 사용일수 : 3일
- 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 지급일수 : 3일

5 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당을 지급하며. 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당을 지급하지 않습니다.

【간호·간병통합서비스 사용 중에 간호·간병통합서비스 사용을 종료하는 경우[예시]】

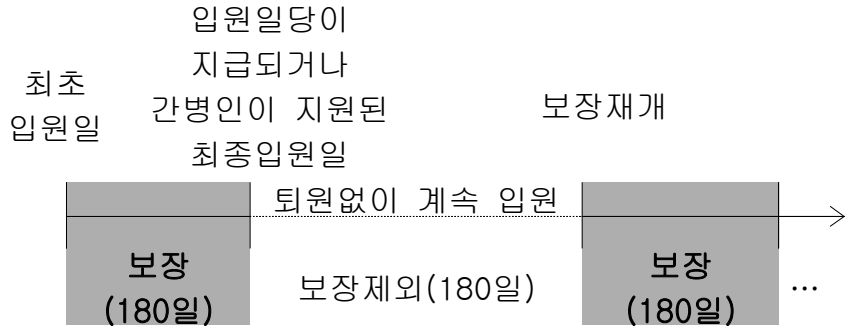


- 총 입원일수 : 5일 (4월 1일 ~ 4월 5일)
- 간호·간병통합서비스 사용일수 : 3일
- 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 지급일수 : 3일

6 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

7 제6항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당 또는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당 또는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당 또는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【간병인지원 질병입원일당 [예시]】



8 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

9 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑩ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당 및 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

⑪ 제2조(보험금의 지급사유) 제2항 단서조항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사 양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

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

④ 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

⑫ 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, 종합병원

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내

의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서「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.

제5조(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 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 질병입원일당의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 질병입원일당은 지급합니다.
③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해 및 심신상실
⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
⑥ 성병
⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

2 회사는 다음 중 어느 한 가지로 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하는 사유가 발생한 때에는 질병입원일당을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 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

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제6조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년만기형, 10년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

2 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료되었을 것

3 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를

납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제8조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제6조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)

1 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

2 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 의한 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 이 특별약관을 제1절 일반조항 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 아래에 해당하는 특별약관으로 변경하여 드립니다.

가입 특별약관	변경 특별약관
갱신형 간병인지원 질병입원일당(II)(1일이상 180일한도)(3년갱신형)Q보장 특별약관	갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(3년갱신형)Q보장 특별약관
갱신형 간병인지원 질병입원일당(II)(1일이상 180일한도)(10년갱신형)Q보장 특별약관	갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(10년갱신형)Q보장 특별약관

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

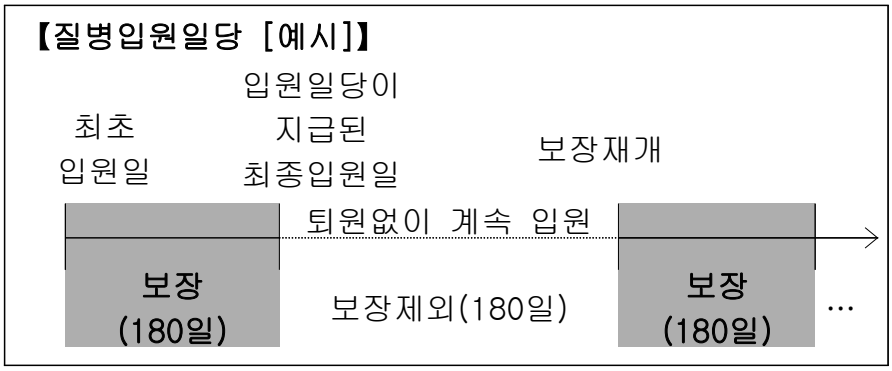
3-6-1. 갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(3년갱신형)Q보장 특별약관
3-6-2. 갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(10년갱신형)Q보장 특별약관

* 이 특별약관은 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅱ)(1일이상 180일한도)(3년갱신형)Q보장 특별약관, 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅱ)(1일이상 180일한도)(10년갱신형)Q보장 특별약관 제9조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 전환하는 경우에 한하여 가입 가능합니다.

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
2 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
3 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당을 계속 보상합니다.

5 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

6 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(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 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 질병입원일당의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 질병입원일당은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해 및 심신상실

⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.

⑥ 성병

⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

2 회사는 다음 중 어느 한 가지로 질병입원일당을 지급하거나 간병인을 지원하는 사유가 발생한 때에는 질병입원일당을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 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

제6조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년만기형, 10년만기형 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

2 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료되었을 것

3 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제7조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제8조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제6조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은

그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

제4장 배상책임 관련 특별약관

1. 갱신형 가족일상생활중배상책임(II)보장 특별약관

제1조(목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)와 회사 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
피보험자	보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

2 알릴의무 관련 용어

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

3 보상 관련 용어

용어	정의
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
신체장해	신체장해라 함은 신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.

용어	정의
재물손해	재물손해라 함은 아래와 같습니다. ① 물리적으로 망가뜨려진 유체물(有體物)의 직접손해 ② 물리적으로 망가뜨려진 유체물(有體物)의 사용불능으로 생긴 간접손해 ③ 물리적으로 망가뜨려지지 않은 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해
사고	사고라 함은 급격하게 발생하는 것을 포함하여 위험이 서서히, 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 신체장해나 재물손해를 말합니다.
1회의 사고	1회의 사고라 함은 하나의 원인 또는 사실상 같은 종류의 위험에 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 사고로서 피보험자나 피해자의 수 또는 손해배상청구의 수에 관계없이 1회의 사고로 봅니다.
배상책임	보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
법률상의 배상책임	법률상의 배상책임이라 함은 법률규정에 따른 배상책임을 말하며 계약에 의하여 법률규정보다 가중된 배상책임(계약상의 가중책임)은 제외합니다.
보상 한도액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
자기 부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
보험금 분담	이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
대위권	회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

4 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

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

5 기간 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일,'관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

6 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약에서 정한 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제3조(보상하는 손해)

1 회사는 제4항에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 열거하는 사고(이하「사고」라 합니다)로 피해자에게 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임(이하「대인 배상책임」이라 합니다) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하「배상책임손해」라 합니다)를 보상합니다.

① 피보험자가 살고있는 주택(이하「거주주택」이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 거주를 허락한 자가 살고 있는 주택(이하「소유주택」이라 합니다) 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 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

④ 제1호의 주택은 부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다.

2 피보험자의 거주 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

3 제4조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주주택 또는 실제 소유주택이 다르게 된 경우에는 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 또는 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

4 제1항의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 그 가족을 말합니다.

① 보험증권에 기재된 피보험자(이하「피보험자 본인」이라 합니다)

② 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하「배우자」라 합니다)

③ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제 777조)

④ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거중인 미혼자녀

【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

5 위 제4항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

6 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 제10조(손해방지의무)의 제1항 제1호의

손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

㉡ 피보험자가 제10조(손해방지의무)의 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

㉣ 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

㉤ 피보험자가 제11조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)의 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

7 제6항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다.

① 제6항 제1호의 손해배상금 : 1억원 한도로 보상하되, 매회의 사고마다 자기부담금(「대물 배상책임」은 20만원, 「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는「대물 배상책임」및 「대인 배상책임」손해를 더한 금액을 보상합니다.

② 제6항 제2호 ㉠, ㉡ 또는 ㉤의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

③ 제6항 제2호 ㉢ 또는 ㉣의 비용 : 이 비용과 제1호에 따른 보상액의 합계액을 1억원 한도내에서 보상합니다.

제4조(보상하지 않는 손해)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임

② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임

③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임

④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

⑤ 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해

【핵연료물질】
사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】
원자핵분열 생성물을 포함합니다.

2 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

① 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
② 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
③ 피보험자의 피고용인이 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임
④ 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
⑤ 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
⑥ 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 끼치는 손해에 대하여는 보상합니다.
⑦ 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
⑧ 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
⑨ 항공기, 선박, 차량(이륜자동차 및 이에 준하여 원동력이 인력에 의하지 않고 전동장치에 의해 움직이는 모든 개인형 이동장치(전동휠, 전동자전거, 전동킥보드 등)를 포함합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
⑩ 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
⑪ 폭력행위로 인한 배상책임
⑫ 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
⑬ 전자파, 전기장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
⑭ 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

제5조(손해의 발생과 통지)

1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

① 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을

경우 그 주소와 성명

② 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우

③ 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

2 계약자 또는 피보험자가 제1항 각 호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 손해 및 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

① 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)

② 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

③ 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

【상법 제657조(보험사고발생의 통지의무)】

① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.

② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

【공탁보증보험료】

가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해서 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료를 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

① 보험금 청구서(회사양식)

② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

③ 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 명하는 서류

④ 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제7조(보험금의 지급절차)

1 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

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

2 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하「지급기일」이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(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 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

제8조(의무보험과의 관계)

1 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제9조(보험금의 분담)를 따릅니다.

2 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

3 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 의무보험에서 보상하는 금액으로 봅니다.

제9조(보험금의 분담)

1 회사는 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 따

라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

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

2 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 따른 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제10조(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 그 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

① 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액

② 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액

③ 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위로 증가된 손해

제11조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

1 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 따라 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금

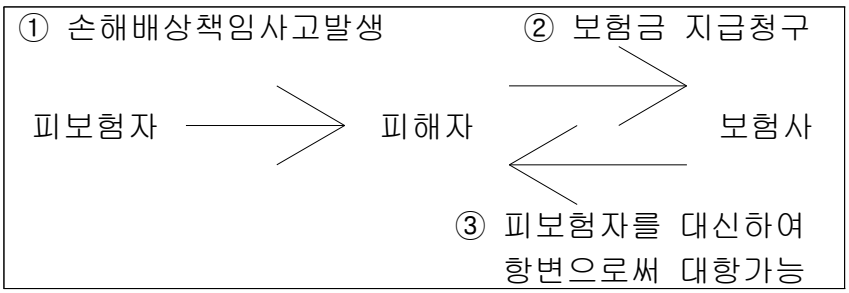
의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

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 않은 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

【손해배상청구에 대한 회사의 해결 예시】



※ 항변이란 어떤 일을 부당하다고 여겨 따지거나 반대하는 뜻을 밝힌다는 것을 의미합니다.

제12조(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.

제13조(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
① 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
② 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

2 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한, 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.

3 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 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.

제14조(계약 후 알릴 의무)

1 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
① 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
② 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

③ 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 위험이 감소 또는 증가된 경우에는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 이때 회사가 지급해야할 금액이 있으면 계약자에게 지급하고, 부족한 금액이 있을 때에는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.

4 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에는 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다.

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제1절 일반조항 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

2 제1항 제1호에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때

② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때

③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

④ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴

것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려드립니다.

5 손해가 제1항 제1호 또는 제2호에 해당되는 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 보상합니다.

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

7 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제16조(양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동의한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제17조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제18조(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 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.

제19조(타인을 위한 계약)
1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기 할 수 없습니다.
2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

【타인을 위한 계약】 계약자가 다른 사람의 이익을 위해 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제20조(보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제21조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제22조(특별약관의 자동갱신)
1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.
2 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는

종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉) 기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

3 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제23조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제24조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제22조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제25조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2. 갱신형 가족일상생활중배상책임(III)보장 특별약관

제1조(목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)와 회사 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
피보험자	보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

2 알릴의무 관련 용어

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

3 보상 관련 용어

용어	정의
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
신체장해	신체장해라 함은 신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.

용어	정의
재물손해	재물손해라 함은 아래와 같습니다. ① 물리적으로 망가뜨려진 유체물(有體物)의 직접손해 ② 물리적으로 망가뜨려진 유체물(有體物)의 사용불능으로 생긴 간접손해 ③ 물리적으로 망가뜨려지지 않은 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해
사고	사고라 함은 급격하게 발생하는 것을 포함하여 위험이 서서히, 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 신체장해나 재물손해를 말합니다.
1회의 사고	1회의 사고라 함은 하나의 원인 또는 사실상 같은 종류의 위험에 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 사고로서 피보험자나 피해자의 수 또는 손해배상청구의 수에 관계없이 1회의 사고로 봅니다.
배상책임	보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
법률상의 배상책임	법률상의 배상책임이라 함은 법률규정에 따른 배상책임을 말하며 계약에 의하여 법률규정보다 가중된 배상책임(계약상의 가중책임)은 제외합니다.
보상 한도액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
자기 부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
보험금 분담	이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
대위권	회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

4 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

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

5 기간 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일,'관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

6 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약에서 정한 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제3조(보상하는 손해)

1 회사는 제4항에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 열거하는 사고(이하「사고」라 합니다)로 피해자에게 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임(이하「대인 배상책임」이라 합니다) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하「배상책임손해」라 합니다)를 보상합니다.

① 피보험자가 살고있는 주택(이하「거주주택」이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 거주를 허락한 자가 살고 있는 주택(이하「소유주택」이라 합니다) 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 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

④ 제1호의 주택은 부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다.

2 피보험자의 거주 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

3 제4조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주주택 또는 실제 소유주택이 다르게 된 경우에는 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 또는 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

4 제1항의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 그 가족을 말합니다.

① 보험증권에 기재된 피보험자(이하「피보험자 본인」이라 합니다)

② 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하「배우자」라 합니다)

③ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제 777조)

④ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거중인 미혼자녀

【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

5 위 제4항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

6 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 제10조(손해방지의무)의 제1항 제1호의

손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

㉡ 피보험자가 제10조(손해방지의무)의 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

㉣ 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

㉤ 피보험자가 제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)의 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

7 제6항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다.

① 제6항 제1호의 손해배상금 : 1억원 한도로 보상하되, 매회의 사고마다 자기부담금(「대물 배상책임」은 누수사고인 경우 50만원/누수 이외의 사고인 경우 20만원, 「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는「대물 배상책임」및 「대인 배상책임」손해를 더한 금액을 보상합니다.

② 제6항 제2호 ㉠, ㉡ 또는 ㉤의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

③ 제6항 제2호 ㉢ 또는 ㉣의 비용 : 이 비용과 제1호에 따른 보상액의 합계액을 1억원 한도내에서 보상합니다.

8 제7항의「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.

제4조(보상하지 않는 손해)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임

② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임

③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임

④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

⑤ 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다. **【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】** 원자핵분열 생성물을 포함합니다.

2 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

① 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임

② 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임

③ 피보험자의 피고용인이 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임

④ 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임

⑤ 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임

⑥ 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 끼치는 손해에 대하여는 보상합니다.

⑦ 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임

⑧ 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임

⑨ 항공기, 선박, 차량(이륜자동차 및 이에 준하여 원동력이 인력에 의하지 않고 전동장치에 의해 움직이는 모든 개인형 이동장치(전동휠, 전동자전거, 전동킥보드 등)를 포함합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임

⑩ 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.

⑪ 폭력행위로 인한 배상책임

⑫ 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
⑬ 전자파, 전기장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
⑭ 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

제5조(손해의 발생과 통지)

1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

① 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
② 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
③ 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

2 계약자 또는 피보험자가 제1항 각 호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 손해 및 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

① 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
② 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
③ 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

【상법 제657조(보험사고발생의 통지의무)】

① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

【공탁보증보험료】

가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해서 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료를 말합니다.

제6조(보험금의 청구)
피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.
① 보험금 청구서(회사양식)
② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
③ 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 명하는 서류
④ 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제7조(보험금의 지급절차)
1 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

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

2 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하「지급기일」이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(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 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

제8조(의무보험과의 관계)
1 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제9조(보험금의 분담)를 따릅니다.
2 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.
3 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가

입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 의무보험에서 보상하는 금액으로 봅니다.

제9조(보험금의 분담)

1 회사는 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 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

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

2 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 따른 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제10조(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 그 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

① 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액

② 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을

받을 수 있었던 금액

③ 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위로 증가된 손해

제11조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

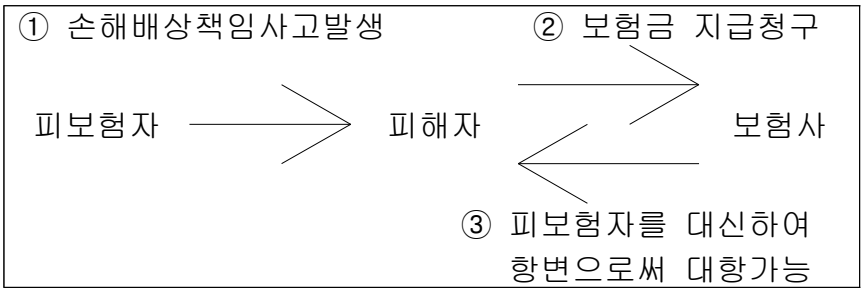
1 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 따라 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

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 않은 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

【손해배상청구에 대한 회사의 해결 예시】



※ 항변이란 어떤 일을 부당하다고 여겨 따지거나 반대하는 뜻을 밝힌다는 것을 의미합니다.

제12조(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.

제13조(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

① 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권

② 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

2 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한, 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.

3 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 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.

제14조(계약 후 알릴 의무)

1 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

① 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때

② 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

③ 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 위험이 감소 또는 증가된 경우에는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 이때 회사가 지급해야할 금액이 있으면 계약자에게 지급하고, 부족한 금액이 있을 때에는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.

4 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에는 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다.

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제1절 일반조항 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

2 제1항 제1호에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실

로 알지 못하였을 때

② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때

③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

④ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려드립니다.

5 손해가 제1항 제1호 또는 제2호에 해당되는 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 보상합니다.

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

7 보통약관 제1절 일반조항 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제16조(양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동의한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제17조(계약의 무효)
계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제18조(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 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.

제19조(타인을 위한 계약)
1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기 할 수 없습니다.
2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

【타인을 위한 계약】 계약자가 다른 사람의 이익을 위해 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제20조(보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제21조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제22조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제1절 일반조항 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉) 기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

3 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제23조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제24조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제22조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제25조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제1절 일반조항 제8조 제5항 및 제36조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금 (특별약관 제1절 일반조항 제3조)	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%)
해지환급금 (특별약관 제1절 일반조항 제36조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.

2. 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.

3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

장애인의 종류 및 기준(시각,청각,언어장애인)

시각장애인	청각장애인	언어장애인
1. 나쁜 눈의 시력(만국식 시력표에 의하여 측정한 것을 말하며 굴절이상이 있는 사람에 대하여는 교정시력을 기준으로 한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람 2. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람 3. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람 4. 두 눈의 시야의 2분의 1 이상을 잃은 사람	1. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람 2. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨(dB)이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람 3. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람 4. 평형기능에 현저한 장애가 있는 사람	음성 기능 또는 언어 기능에 영속적인 현저한 장애가 있는 사람

【별표3】

아토피피부염・중이염・축농증 분류표

1. 약관에 규정하는 아토피피부염・중이염・축농증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 아토피성 피부염	L20
2. 비화농성 중이염	H65
3. 화농성 및 상세불명의 중이염	H66
4. 달리 분류된 질환에서의 중이염	H67
5. 급성 부비동염	J01
6. 만성 부비동염	J32

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】

어린이12대다발성질환 분류표

1. 약관에 규정하는 어린이12대다발성질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
결핵	결핵	A15～ A19
	결핵성 복막염	K67.3
	장,복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0
	결핵 관절염	M01.1
	척추의 결핵	M49.0
	뼈의 결핵	M90.0
	결핵성 방광염	N33.0
	자궁경부의 결핵감염	N74.0
	여성 결핵성 골반염증질환	N74.1
바이러스간염	바이러스 간염	B15～ B19
당뇨병질환	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조 관련 당뇨병	E12
	기타명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
	당뇨병성단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의사구체장애	N08.3
수막염	중추신경계통의 염증성 질환	G00～G09
중이염	비화농성 중이염	H65
	화농성 및 상세불명의 중이염	H66
급성상기도감염	급성상기도 감염	J00～J06

구분	대 상 질 병	분류번호
폐렴 및 급성 기관지염	달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	- 수두폐렴(J17.1*)	B01.2†
	- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2†
	- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0†
	- 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3†
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	급성 기관지염	J20
	급성 세기관지염	J21
폐렴및 급성기 관지염	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	급성 기관지염	J20
	급성 세기관지염	J21
천식	천식	J45
	천식 지속상태	J46
만성부 비동염	만성 부비동염	J32
충수염	충수의 질환	K35～K38
탈장 및 장폐색	사타구니탈장	K40
	대퇴탈장	K41
	배꼽탈장	K42
	복벽탈장	K43
	횡격막탈장	K44
	기타 복부탈장	K45
	상세불명의 복부탈장	K46
	탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K56

구분	대 상 질 병	분류번호
VDT증후군 관련	손목 터널 증후군	G56.0
	기타 관절연골 장애	M24.1
	인대 장애	M24.2
	관절통	M25.5
	달리 분류되지 않은 관절의 경직	M25.6
	건조증후군[쉐그렌]	M35.0
	경추상완 증후군	M53.1
	근육장애	M60 ~ M63
	윤활막 및 힘줄장애	M65 ~ M68
	기타 연조직 장애	M70 ~ M79

당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은「한국표준질병사인분류」를 참고)

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

식중독 분류표

1. 약관에 규정하는 식중독으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장 감염	A04
4. 달리 분류되지 않은 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

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】

요관역류 분류표

1. 약관에 규정하는 요관역류로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상 질병	분류번호
비폐색성 역류-연관 만성 신우신염	N11.0
방광요관역류-연관 요로병증	N13.7
기타 폐색성 및 역류성 요로병증	N13.8
상세불명의 폐색성 및 역류성 요로병증	N13.9

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표7】

다발성소아암 분류표

1. 약관에 규정하는 다발성소아암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 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 비호지킨림프종	C85
9. 림프성 백혈병	C91
10. 골수성 백혈병	C92
11. 단핵구성 백혈병	C93
12. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
13. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
15. 만성 골수증식질환	D47.1
16. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도

이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표8】

모야모야병 분류표

1. 약관에 규정하는 모야모야병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
모야모야병	I67.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9】

탈장 분류표

1. 약관에 규정하는 탈장으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 사타구니 탈장 (inguinal hernia)	K40
2. 대퇴 탈장 (femoral hernia)	K41
3. 배꼽 탈장 (umbilical hernia)	K42
4. 복벽 탈장 (ventral hernia)	K43
5. 기타 복부 탈장 (other abdominal hernia)	K45
6. 상세불명의 복부 탈장 (unspecified abdominal hernia)	K46

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표10】

소아백혈병 분류표

1. 약관에 규정하는 소아백혈병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 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

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표11】

옴(진드기) 분류표

1. 약관에 규정하는 옴(진드기)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상 질병	분류번호
옴	B86

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표12】

활동성 및 주의력 장애 분류표

1. 약관에 규정하는 활동성 및 주의력 장애로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
활동성 및 주의력 장애	F90.0

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표13】

성조숙증 분류표

1. 약관에 규정하는 성조숙증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
조발사춘기	E30.1

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표14】

소아청소년특정성인병 분류표

1. 약관에 규정하는 소아청소년특정성인병로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
고혈압	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
당뇨	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조 관련 당뇨병	E12
	기타 명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
이상 지질혈증	순수 고콜레스테롤혈증	E78.0
	혼합성 고지질혈증	E78.2
	기타 고지질혈증	E78.4
뇌혈관 질환	거미막하출혈	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
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판

단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표15】

이물사고 분류표

1. 약관에 규정하는 이물사고로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 외안의 이물	T15
2. 귀의 이물	T16
3. 기도의 이물	T17
4. 소화관속의 이물	T18
5. 비뇨생식관의 이물	T19

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표16】

이물제거치료Ⅰ(급여) 분류표

약관에 규정하는 이물제거치료Ⅰ(급여)로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대 상 항 목	진료행위코드
투시하 이물제거술	MY762
투시하 이물제거술(상부소화관이물제거술의 경우)[유도료별도산정]	MY763
비내이물제거술-복잡한 것[전신마취하 실시 또는 비외 접근시]	O0972
후두이물제거술(성문,성문하부)	O1292
내시경적기관 또는 기관지이물제거술(연성기관지경)	O1332
내시경적기관 또는 기관지이물제거술(경성기관지경)	O1333
인두이물제거술(복잡[설근부,하인두등])	Q2272
식도이물제거술(흉부접근)	Q2382
식도이물제거술(경부접근)	Q2383
내시경적 상부소화관이물제거술-단순	Q7611
내시경적 상부소화관이물제거술-복잡	Q7612
결장경하 이물제거술	Q7670
에스상결장경하 이물제거술	Q7720
안구내이물제거술-자석이용	S4891
안구내이물제거술-기타의것	S4892
안와내이물제거술	S4895
결막이물제거술	S4930
각막이물제거술-복잡[심층,녹제거를하는경우]	S4972
공막이물제거술	S4990

【별표17】

이물제거치료Ⅱ(급여) 분류표

약관에 규정하는 이물제거치료Ⅱ(급여)로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대 상 항 목	진료행위코드
투시하 이물제거술	MY762
투시하 이물제거술(상부소화관이물제거술의 경우)[유도료별도산정]	MY763
비내이물제거술-간단한 것[비내접근]	O0971
비내이물제거술-복잡한 것[전신마취하 실시 또는 비외 접근시]	O0972
후두이물제거술(성문,성문하부)	O1292
내시경적기관 또는 기관지이물제거술(연성기관지경)	O1332
내시경적기관 또는 기관지이물제거술(경성기관지경)	O1333
인두이물제거술(복잡[설근부,하인두등])	Q2272
식도이물제거술(흉부접근)	Q2382
식도이물제거술(경부접근)	Q2383
내시경적 상부소화관이물제거술-단순	Q7611
내시경적 상부소화관이물제거술-복잡	Q7612
결장경하 이물제거술	Q7670
에스상결장경하 이물제거술	Q7720
안구내이물제거술-자석이용	S4891
안구내이물제거술-기타의것	S4892
안와내이물제거술	S4895
결막이물제거술	S4930
각막이물제거술-복잡[심층,녹제거를하는경우]	S4972
공막이물제거술	S4990
외이도이물 또는 이구전색제거[간단한것은 기본진료료에 포함]-복잡한것	S5571
외이도이물 또는 이구전색제거[간단한것은 기본진료료에 포함]-극히 복잡한것[진주종제거 포함]	S5572

【별표18】

특정9대감염병 분류표

1. 약관에 규정하는「특정9대감염병」로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

<table>
<tr><th>구분</th><th colspan="2">대 상 질 병</th><th>분류번호</th></tr>
<tr><td>장출혈성대장균 감염증</td><td colspan="2">장출혈성 대장균감염</td><td>A04.3</td></tr>
<tr><td>백일해</td><td colspan="2">백일해</td><td>A37</td></tr>
<tr><td>유행성이하선염</td><td colspan="2">볼거리</td><td>B26</td></tr>
<tr><td>수두</td><td colspan="2">수두</td><td>B01</td></tr>
<tr><td>성홍열</td><td colspan="2">성홍열</td><td>A38</td></tr>
<tr><td>로타바이러스 감염증</td><td colspan="2">로타바이러스장염</td><td>A08.0</td></tr>
<tr><td>노로바이러스 감염증</td><td colspan="2">노로바이러스에 의한 급성 위장병증</td><td>A08.1</td></tr>
<tr><td rowspan="4">호흡기세포융합바이러스 감염증</td><td colspan="2">호흡기세포융합바이러스폐렴</td><td>J12.1</td></tr>
<tr><td colspan="3">「①」과 「② 中 1개」를 동시부여 받은 경우</td></tr>
<tr><td>①</td><td>다른 장에서 분류된 질환의 원인으로서의 호흡기세포융합바이러스</td><td>B97.4</td></tr>
<tr><td>②</td><td>기타 명시된 병원체에 의한 급성 인두염
기타 명시된 병원체에 의한 급성 편도염
호흡기세포융합바이러스에 의한 급성 기관지염
호흡기세포융합바이러스에 의한 급성 세기관지염</td><td>J02.8
J03.8
J20.5
J21.0</td></tr>
<tr><td>수족구병</td><td colspan="2">발진을 동반한 엔테로바이러스소수포구내염</td><td>B08.4</td></tr>
</table>

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한

경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표19】

기흉 분류표

1. 약관에 규정하는「기흉」으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
기흉	1. 기흉	J93
	2. 외상성 기흉	S27.0

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표20】

특정요로감염(N39.0) 분류표

1. 약관에 규정하는 특정요로감염(N39.0)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상 질병	분류번호
부위가 명시되지 않은 요로감염	N39.0

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표21】

독액성동물접촉중독 분류표

1. 약관에 규정하는 독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대상 상병	분류번호
독액성 동물과의 접촉의 독성효과	
·뱀독의 독성효과	T63.0
·기타 파충류의 독액의 독성효과	T63.1
·전갈의 독액의 독성효과	T63.2
·거미의 독액의 독성효과	T63.3
·기타 절지동물의 독액의 독성효과	T63.4
·물고기와의 접촉의 독성효과	T63.5
·기타 바다동물과의 접촉의 독성효과	T63.6
·기타 독액성 동물과의 접촉의 독성효과	T63.8
·상세불명의 독액성 동물과의 접촉의 독성효과	T63.9

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표22】

성장판부위골절 분류표

1. 약관에 규정하는 성장판부위골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대상 상병	분류번호
1. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
2. 요추 및 골반의 골절	S32
3. 어깨 및 위팔의 골절	S42
4. 아래팔의 골절	S52
5. 손목 및 손부위의 골절	S62
6. 대퇴골의 골절	S72
7. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
8. 발목을 제외한 발의 골절	S92
9. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
10. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
11. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
12. 대퇴골의 출산손상	P13.2
13. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
14. 출산손상으로 인한 쇄골의 골절	P13.4

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표23】

소아성장호르몬결핍증(뇌하수체기능저하) 분류표

1. 약관에 규정하는 소아성장호르몬결핍증(뇌하수체기능저하)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
소아성장호르몬결핍증(뇌하수체기능저하)	E23.0

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표24】

특정요로감염(N39.0) 및 신생아요로감염 분류표

1. 약관에 규정하는 특정요로감염(N39.0) 및 신생아요로감염으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상 질병	분류번호
부위가 명시되지 않은 요로감염	N39.0
신생아요로감염	P39.3

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표25】

사시분류표

1. 약관에 규정하는 사시로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상 질병	분류번호
1. 마비성 사시	H49
2. 기타 사시	H50

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표26】

선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표

1. 약관에 규정하는 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 신경계통의 선천기형	Q00-Q07
2. 눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형	Q10-Q18
3. 순환계통의 선천기형	Q20-Q28
4. 호흡계통의 선천기형	Q30-Q34
5. 구순열 및 구개열	Q35-Q37
6. 소화계통의 기타 선천기형	Q38-Q45
7. 생식 기관의 선천기형	Q50-Q56
8. 비뇨계통의 선천기형	Q60-Q64
9. 근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65-Q79
10. 기타 선천기형	Q80-Q89
11. 달리 분류되지 않은 염색체 이상	Q90-Q99

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표27】

아토피성 피부염 분류표

1. 약관에 규정하는 아토피성 피부염으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
아토피성 피부염	L20

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표28】

특정 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상

1. 약관에 규정하는 특정 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 신경계통의 선천기형	Q00-Q07
2. 눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형	Q10-Q18
(부이개 제외)	(Q17.0 제외)
3. 순환계통의 선천기형	Q20-Q28
4. 호흡계통의 선천기형	Q30-Q34
5. 구순열 및 구개열	Q35-Q37
6. 소화계통의 기타 선천기형	Q38-Q45
(혀유착증 제외)	(Q38.1 제외)
(대설증 제외)	(Q38.2 제외)
(혀의 기타 선천기형 제외)	(Q38.3 제외)
7. 생식 기관의 선천기형	Q50-Q56
8. 비뇨계통의 선천기형	Q60-Q64
9. 근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65-Q79
10. 기타 선천기형	Q80-Q89
(선천성 비신생물성 모반 제외)	(Q82.5 제외)
11. 달리 분류되지 않은 염색체 이상	Q90-Q99

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표29】

다발성 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상

1. 약관에 규정하는 다발성 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 부이개	Q17.0
2. 혀유착증	Q38.1
3. 대설증	Q38.2
4. 혀의 기타 선천기형	Q38.3
5. 선천성 비신생물성 모반	Q82.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표30】

여성형유방증 분류표

1. 약관에 규정하는 여성형유방증으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
여성형유방증(유방의 비대)	N62

대상질병분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표31】

신생아기흉 분류표

1. 약관에 규정하는「신생아기흉」으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
신생아 기흉	출생전후기에 기원한 기흉	P25.1

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표32】

특정언어장애 분류표

1. 약관에 규정하는「특정언어장애」로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
표현언어장애	F80.1
수용성 언어장애	F80.2
뇌전증에 동반된 후천성 실어증	F80.3

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표33】

원형탈모증 분류표

1. 약관에 규정하는「원형탈모증」으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
원형 탈모증	L63

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표34】

특정9대감염병 분류표

1. 약관에 규정하는「특정9대감염병」로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

<table>
<tr><th>구분</th><th colspan="2">대 상 질 병</th><th>분류번호</th></tr>
<tr><td>장출혈성대장균 감염증</td><td colspan="2">장출혈성 대장균감염</td><td>A04.3</td></tr>
<tr><td>백일해</td><td colspan="2">백일해</td><td>A37</td></tr>
<tr><td>유행성이하선염</td><td colspan="2">볼거리</td><td>B26</td></tr>
<tr><td>수두</td><td colspan="2">수두</td><td>B01</td></tr>
<tr><td>성홍열</td><td colspan="2">성홍열</td><td>A38</td></tr>
<tr><td>로타바이러스 감염증</td><td colspan="2">로타바이러스장염</td><td>A08.0</td></tr>
<tr><td>노로바이러스 감염증</td><td colspan="2">노로바이러스에 의한 급성 위장병증</td><td>A08.1</td></tr>
<tr><td rowspan="4">호흡기세포융합바이러스 감염증</td><td colspan="2">호흡기세포융합바이러스폐렴</td><td>J12.1</td></tr>
<tr><td colspan="3">「①」과 「② 中 1개」를 동시부여 받은 경우</td></tr>
<tr><td>①</td><td>다른 장에서 분류된 질환의 원인으로서의 호흡기세포융합바이러스</td><td>B97.4</td></tr>
<tr><td>②</td><td>기타 명시된 병원체에 의한 급성 인두염
기타 명시된 병원체에 의한 급성 편도염
호흡기세포융합바이러스에 의한 급성 기관지염
호흡기세포융합바이러스에 의한 급성 세기관지염</td><td>J02.8
J03.8
J20.5
J21.0</td></tr>
<tr><td>수족구병</td><td colspan="2">발진을 동반한 엔테로바이러스소수포구내염</td><td>B08.4</td></tr>
</table>

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한

경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표35】

중증틱장애 분류표

1. 약관에 규정하는「중증틱장애」으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
복합된 음성 및 다발성 운동 틱장애(데라투렛 증후군)	F95.2

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표36】

인슐린의존 당뇨병 분류표

1. 약관에 규정하는 인슐린의존 당뇨병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1형 당뇨병	E10

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표37】

척추측만증 분류표

1. 약관에 규정하는 척추측만증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병		분류번호
척추측만증	영아 특발성 척주측만증	M41.0
	연소성 특발성 척주측만증	M41.1
	기타 특발성 척주측만증	M41.2
	흉곽성 척주측만증	M41.3
	신경근육성 척주측만증	M41.4
	기타 이차성 척주측만증	M41.5
	기타 형태의 척주측만증	M41.8
	상세불명의 척주측만증	M41.9

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표38】

특정화상 분류표

1. 약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 상 병	분류번호
머리 및 목의 2도 화상	T20.2
머리 및 목의 3도 화상	T20.3
머리 및 목의 2도 부식	T20.6
머리 및 목의 3도 부식	T20.7
몸통의 3도 화상	T21.3
몸통의 3도 부식	T21.7
손목 및 손을 제외한 어깨팔의 3도 화상	T22.3
손목 및 손을 제외한 어깨팔의 3도 부식	T22.7
손목 및 손의 3도 화상	T23.3
손목 및 손의 3도 부식	T23.7
발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 3도 화상	T24.3
발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 3도 부식	T24.7
발목 및 발의 3도 화상	T25.3
발목 및 발의 3도 부식	T25.7
적어도 한 군데는 3도 화상의 언급이 있는 여러 신체 부위의 화상	T29.3
적어도 한 군데는 3도 부식의 언급이 있는 여러 신체 부위의 부식	T29.7
포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상 (신체표면의 10%미만을 포함한 화상 제외)	T31 (T31.0은 제외)
포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식 (신체표면의 10%미만을 포함한 부식 제외)	T32 (T32.0은 제외)

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한

경우 대상상병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표39】

특정선천이상및신경계질환 분류표

1. 약관에 규정하는 특정선천이상및신경계질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류 번호
선천 기형, 변형 및 염색체이상	선천수두증	Q03
	뇌의 기타 선천 기형	Q04
	이분척추	Q05
	척수의 기타 선천기형	Q06
	신경계통의 기타 선천기형	Q07
	고관절의 선천변형	Q65
	발의 선천변형	Q66
	머리, 얼굴, 척추 및 흉부의 선천성 근골격 변형	Q67
	기타 선천성 근골격변형	Q68
	팔의 감소결손	Q71
	사지의 기타 선천기형	Q74
	두개골 및 안면골의 기타 선천기형	Q75
	척추 및 골흉곽의 선천기형	Q76
	관상골 및 척추의 성장 결손을 동반한 골연골형성이상	Q77
	기타 골연골형성이상	Q78
	달리 분류되지 않은 근골격계통의 선천기형	Q79
	다운증후군	Q90
	에드워즈증후군 및 파타우증후군	Q91
	달리 분류되지 않은 보통염색체의 단일염색체증 및 결손	Q93
	달리 분류되지 않은 기타 염색체이상	Q99
신경계통의 질환	척수성 근육위축 및 관련 증후군	G12

구분	대 상 질 병	분류 번호
	간질	G40
	간질지속상태	G41
	삼차신경의 장애	G50
	안면신경장애	G51
	달리 분류된 질환에서의 뇌신경 장애	G53
	신경뿌리 및 신경총 장애	G54
	달리 분류된 질환에서의 신경뿌리 및 신경총 압박	G55
	팔의 단일신경병증	G56
	하지의 단일신경병증	G57
	기타 단일신경병증	G58
	중증근육무력증 및 기타 근신경장애	G70
	근육의 일차성 장애	G71
	기타 근병증	G72
	뇌성마비 및 기타 마비증후군	G80~G83
	수두증	G91

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

무배당 가전제품 고장수리비용보장 특별약관2204

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 청약서 질문사항과 관련된 사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 청약서 질문사항과 관련된 사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

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

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

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

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려

받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 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.

4. 계약의 무효(비용 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 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 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

5. 계약의 소멸(비용 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

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 해지환급금에서 보

험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

8. 계약 전 · 후 알릴 의무

1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.

2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.

- 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
- 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
- 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

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

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

9. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백

히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.
만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

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

보험용어 해설

○ **약관**
계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ **보험증권**
계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ **계약자**
회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ **피보험자**
보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ **보험수익자**
보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ **보험료**
계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

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

○ **보험기간**
계약에 따라 보장을 받는 기간

○ **보장개시일**
회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ **보험계약일**
계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ **보험가입금액**

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

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

○ 책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

○ 해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 가전제품 고장수리비용보장 특별약관2204(이하 「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 비용손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

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

1 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
보험금 분담	이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
자기 부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.25%입니다.
해지 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

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

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일,'관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보상하는 손해)
이 계약의 보상하는 손해는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보상하지 않는 손해)
1 회사는 원인의 직접, 간접에 관계없이 아래에 해당하는 손해는 보상하지 않습니다.
① 계약자, 피보험자(본인, 배우자, 동거친족 및 생계를

같이 하는 별거중인 미혼 자녀) 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해

② 보험효력개시 후 60일 이내에 수리하여 수리비가 발생한 손해

③ 국내 AS지정점 이외의 곳에서 수리하여 수리비가 발생한 손해 (AS지정점이 없는 제품의 수리비는 보상하지 않습니다)

④ 통상적인 마모와 균열, 잘못된 사용 또는 오·남용으로 인한 손해

⑤ 패임, 착색, 광택저하, 긁힘, 녹 등과 같이 제품의 기능에 아무런 영향을 주지 않는 외부적 손상에 대한 손해

⑥ 제품의 조립이나 변경으로 발생한 모든 손해(절단, 톱질, 깎기 등을 포함)

⑦ 도난, 분실 또는 망실로 인한 손해

⑧ 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 화재 및 연소 또는 그 밖의 손해

⑨ 제품 고유의 결함, 설계결함 또는 법적조치로 인하여 제품의 리콜이나 변경으로 인해 발생한 비용 손해

⑩ 제조사의 무상수리에 해당하는 손해.

⑪ 기록저장매체의 손상으로 인한 데이터 손실이나 소프트웨어의 문제로 인하여 발생하는 모든 비용 손해

⑫ 제조업자(제조업자가 지정한 수리업체를 포함)가 제품에 대하여 어떠한 결함도 발견하지 못한 경우에 발생한 모든 비용손해

⑬ 태풍, 홍수, 지진, 분화, 낙뢰 등 천재지변으로 인한 손해

⑭ 핵연료물질 또는 방사능 오염과 관련된 손해

⑮ 제품에 대한 청소나 주기적 점검, 관리에서 발생한 비용 손해

⑯ 필터, 전구(진공관 포함), 벨트, 잉크 등 교환이 필요한 소모품의 교환 비용

⑰ 제품보증서에 기재된 유상수리의 대상이 되는 고장유형으로 인한 손해. 단, 무상수리의 대상이 되는 고장유형이 제품의 보증기간을 초과함으로써 유상수리의 대상이 된 경우에는 보상합니다.

⑱ 가전제품의 임의 분해 및 개조로 인한 손해

⑲ 전기적/기계적 원인이 아닌 물리적 파손으로 인한 손해

2 회사는 아래의 물품에 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

① 재판매, 직업적 혹은 상업적인 목적으로 구매 또는 사

용중인 물품
② 골동품, 수집품, 재조립품, 재제작품
③ 렌트나 리스중인 물품과 피보험자의 책임하에 있는 대여 또는 보관 물품
④ 제조일로부터 10년을 초과한 제품

제5조(지급보험금의 계산)
1 회사는 1사고당 100만원을 한도로 보상하되, 자기부담금 2만원을 초과한 부분만 보상합니다.
2 하나의 제품에 대하여 회사가 지급하여야 할 1사고당 보험금은 수리제품의 권장소비자가격, 보험가입금액, 실제수리비 중 최저금액으로 합니다.
3 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 해당보험연도(보험계약일부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일까지의 기간을 말합니다)에 보상하는 보험금 총액은 보험가입금액을 한도로 합니다.
4 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 많을 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1인에 대한 보험금 청구를 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.
① 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산 방법이 같은 경우:

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

② 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산 방법이 다른 경우:

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

제6조(보험금 지급사유의 통지)
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보상하는 손해)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)
보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
③ 해당 제품의 공식적인 국내 A/S지정점에서 작성한 수리비용을 지급하였음을 증명하는 서류
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제8조(보험금의 지급절차)

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

2 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 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(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

① 소송제기
② 분쟁조정 신청
③ 수사기관의 조사
④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우

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

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

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

5 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여【별표(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. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
6 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
7 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)
1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
2 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)
1 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
2 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용

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

제11조(보험수익자의 지정)
보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

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

제12조(대표자의 지정)
1 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
2 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
3 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【 계약자가 2명 이상인 경우 】 계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다. 【 연대】 2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)
계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상「고

지의무」와 같습니다) 합니다.

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

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

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

2 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때

② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)

⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항에 따른 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 등으로 알려 드립니다.

5 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

7 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제15조(사기에 의한 계약)

1 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

1 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회

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

【 보험가입금액 제한 】
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【 일부보장 제외(부담보) 】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

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

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

3 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초

계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
6 제5항의「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
7 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)
1 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】 전문금융소비자가 아닌 계약자를 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 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
3 청약철회는 계약자가 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 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금

대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조(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

【약관의 중요한 내용예시】
- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 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

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】 전화・우편・인터넷 등의 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 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】 계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다. **【 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 】** "전자서명"이라 함은 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다. 가. 서명자의 신원 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

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.

【보험계약대출이율】
계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

제19조(계약의 무효)

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

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】
① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」제2조제2호에 따

른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】
법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】
심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제20조(계약내용의 변경 등)
1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

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

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

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

4 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

【 감액 】
보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해지환급금도 줄어듭니다)

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

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

제21조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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

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

【보험나이 계산 예시】
생년월일 : 1988년 10월 2일
현재(계약일) : 2022년 4월 14일
⇒ 2022년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
= 33년 6월 12일 = 34세

【계약해당일】
최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일
-> 계약해당일 : 10월 1일
예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일
-> 계약해당일 : 2월 말일

제22조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제5관 보험료의 납입

제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

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

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

① 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 제14조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

제24조(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.

제24조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)

주계약의 보장보험료의 납입이 면제된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 면제하지 않습니다.

제25조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제26조(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 제33조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지

급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

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

4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

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

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

제26조(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 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조

건으로 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 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.
2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
3 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

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

제28조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해지환급금 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 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
2 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
5 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】
1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

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

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에

따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
2 제19조(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 해지환급금이 있을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조의1(위법계약의 해지)
1 계약자는「금융소비자보호에 관한 법률」제47조 및 관련 규정이 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 제32조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
5 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사 할 수 있습니다.

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

제30조(중대사유로 인한 해지)
1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

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

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제31조(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 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(해지환급금)

1 이 약관에 따른 해지환급금은「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

2 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은【별표(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

3 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

4 제29조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제33조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해지환급금 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, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험

계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
3 제2항에도 불구하고 회사는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제34조(배당금의 지급)
회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제35조(분쟁의 조정)
1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제36조(관할법원)
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제37조(소멸시효)
보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2022년 4월 1일에 발생하였음에도 2025년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제38조(약관의 해석)

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

【 신의성실의 원칙 】 권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항) 【 민법 제2조(신의성실) 제1항 】 ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

제39조(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.

제40조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우

② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

4 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

5 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제41조(회사의 손해배상책임)

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

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

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

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

제42조(개인정보보호)

1 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경

우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제43조(준거법)
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제44조(예금보험에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】
예금자보호제도란 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.
이 계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)
예금자보호 한도는 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1인당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

제2절 보장조항

2-1. 20대가전제품 고장수리비용보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 거주하는 보험증권에 기재된 주택 구내에 있는 20대가전제품에 고장이 발생하여 이를 수리하여 생긴 실제 수리비를 보상합니다.

2 제1항의「고장」이라 함은 해당제품이 전기적·기계적인 원인으로 제조사가 설계한 동작 및 정상적인 사용이 불가능한 상태를 말합니다.

3 제1항의「수리」는 해당제품의 공식적인 국내 AS지정점에서 실제 수리하여 수리비를 지급한 경우에 한하며, 수리비는 부품비와 인건비 및 운반비(수리를 목적으로 AS지정점의 직원에 의하여 제품운반에 소요되는 비용을 말하며, 개인운반이 가능한 소형제품은 제외)를 말합니다.

4 제1항의「20대가전제품」이라 함은 TV, 세탁기, 냉장고, 김치냉장고, 에어컨, 전자레인지, 공기청정기, 청소기, 식기세척기, 의류건조기, 의류관리기, 제습기, 전기밥솥, 정수기, 음식물처리기, 식기건조기, 오븐, 선풍기, 에어프라이어, 전기레인지를 말하며, 가정용제품에 한합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-2. 12대가전제품 고장수리비용보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 거주하는 보험증권에 기재된 주택 구내에 있는 12대가전제품에 고장이 발생하여 이를 수리하여 생긴 실제 수리비를 보상합니다.

2 제1항의「고장」이라 함은 해당제품이 전기적·기계적인 원인으로 제조사가 설계한 동작 및 정상적인 사용이 불가능한 상태를 말합니다.

3 제1항의「수리」는 해당제품의 공식적인 국내 AS지정점에서 실제 수리하여 수리비를 지급한 경우에 한하며, 수리비는 부품비와 인건비 및 운반비(수리를 목적으로 AS지정점의 직원에 의하여 제품운반에 소요되는 비용을 말하며, 개인운반이 가능한 소형제품은 제외)를 말합니다.

4 제1항의「12대가전제품」이라 함은 TV, 세탁기, 냉장고, 김치냉장고, 에어컨, 전자레인지, 공기청정기, 청소기, 식기세척기, 의류건조기, 의류관리기, 제습기를 말하며, 가정용제품에 한합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-3. 신8대가전제품 고장수리비용보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 거주하는 보험증권에 기재된 주택 구내에 있는 신8대가전제품에 고장이 발생하여 이를 수리하여 생긴 실제 수리비를 보상합니다.

2 제1항의「고장」이라 함은 해당제품이 전기적·기계적인 원인으로 제조사가 설계한 동작 및 정상적인 사용이 불가능한 상태를 말합니다.

3 제1항의「수리」는 해당제품의 공식적인 국내 AS지정점에서 실제 수리하여 수리비를 지급한 경우에 한하며, 수리비는 부품비와 인건비 및 운반비(수리를 목적으로 AS지정점의 직원에 의하여 제품운반에 소요되는 비용을 말하며, 개인운반이 가능한 소형제품은 제외)를 말합니다.

4 제1항의「신8대가전제품」이라 함은 전기밥솥, 정수기, 음식물처리기, 식기건조기, 오븐, 선풍기, 에어프라이어, 전기레인지를 말하며, 가정용제품에 한합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【별표】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제8조 제5항 및 제32조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금	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%)
해지환급금 (특별약관 제32조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.

주2) 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.

주3) 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 갱신형 독감(인플루엔자)
항바이러스제 치료비보장 특별약관2204

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 독감(인플루엔자)보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 10일이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

○ 갱신형 보장

- 자동갱신 적용대상 특별약관의 보험기간은 3년만기(단, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초가입 후 3년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【자동갱신 적용대상특약의 보험기간(예시)】

40세 피보험자가 갱신종료보험나이를 80세로 하여 갱신형 보장을 가입하는 경우

- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 위험률의 변동 등)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

○ 태아가입보험

- 보험계약을 체결할 때 피보험자로 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우 출생을 조건으로 보험계약 체결시점에 소급하여 피보험자가 됩니다.
- 태아가 복수로 출생한 경우 계약자는 피보험자 각각을 지정할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

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

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게

하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 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.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 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 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

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 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

8. 계약 전 · 후 알릴 의무

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

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

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

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

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

보험용어 해설

○ **약관**
계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ **보험증권**
계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ **계약자**
회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ **피보험자**
보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ **보험수익자**
보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ **보험료**
계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

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

○ **보험기간**
계약에 따라 보장을 받는 기간

○ **보장개시일**
회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ **보험계약일**
계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ **보험가입금액**

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

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

○ 책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

○ 해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 갱신형 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비보장 특별약관2204(이하 「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

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

1 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험 수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

용어	정의
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국 표준질병 사인분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【 한국표준질병사인분류 부호 체계 】

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

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

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.25%입니다.
해지 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

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

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일,'관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 특별약관의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 특별약관의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

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

제7조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 보험금을 청구할 때마다 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(「독감 항바이러스제」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 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)
1 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
2 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 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 제외

하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

① 소송제기
② 분쟁조정 신청
③ 수사기관의 조사
④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
⑥ 제2절 보장조항의「보험금 지급에 관한 세부규정」조항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

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

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

5 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

6 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무

위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
7 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)
1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
2 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)
1 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
2 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)
보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

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

제12조(대표자의 지정)
1 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다

른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
2 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
3 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】
계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

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

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

【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 날로

부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

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

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

2 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때

② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)

⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게

사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항에 따른 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 등으로 알려 드립니다.

5 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

7 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제15조(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 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

1 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회

사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

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

【 보험가입금액 제한 】 피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다. 【 일부보장 제외(부담보) 】 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다. 【 보험금 삭감 】 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다. 【 보험료 할증 】 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

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

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

5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초

계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
6 제5항의「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
7 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)
1 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】 전문금융소비자가 아닌 계약자를 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 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하'서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접

수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조(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

【약관의 중요한 내용예시】
- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 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

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】 전화・우편・인터넷 등의 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 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】 계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다. **【 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 】** "전자서명"이라 함은 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다. 가. 서명자의 신원 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

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

【보험계약대출이율】
계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

제19조(계약의 무효)

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

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】
① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조・변조 방지에 대한 신

뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】
법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】
심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제20조(계약내용의 변경 등)
1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

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

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

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

4 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

【 감액 】
보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해지환급금도 줄어듭니다)

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

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

제21조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

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

【보험나이 계산 예시】
생년월일 : 1988년 10월 2일
현재(계약일) : 2022년 4월 14일
⇒ 2022년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
= 33년 6월 12일 = 34세

【계약해당일】
최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
예시1) 최초계약일 : 2020년 10월 1일
-> 계약해당일 : 10월 1일
예시2) 최초계약일 : 2020년 2월 29일
-> 계약해당일 : 2월 말일

제22조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제23조(특별약관의 자동갱신)
1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.
2 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.
① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다) 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
③ 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)
1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않

아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제25조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제23조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

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

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

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

② 제14조(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.

4 제23조(특별약관의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우 갱신보장계약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

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 납입면제에 관한사항)
주계약의 보장보험료의 납입이 면제된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 면제하지 않습니다.

제28조의1(보험료의 자동대출납입)
1 계약자는 제29조(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 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로

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

2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

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

4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

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

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

제29조(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 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

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

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해지환급금 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 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

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

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

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

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

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

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

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

2 제19조(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 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의1(위법계약의 해지)

1 계약자는「금융소비자보호에 관한 법률」제47조 및 관련 규정이 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 제35조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사 할 수 있습니다.

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

제33조(중대사유로 인한 해지)

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

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

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

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

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제34조(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 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해지환급금)

1 이 약관에 따른 해지환급금은「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

2 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

3 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

4 제32조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여

드립니다.

제36조(보험계약대출)
1 계약자는 이 계약의 해지환급금 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, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
3 제2항에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조(배당금의 지급)
회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제38조(분쟁의 조정)
1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이「금융소비자 보호에 관한 법률」제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제39조(관할법원)
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제40조(소멸시효)
보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2022년 4월 1일에 발생하였음에도 2025년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제41조(약관의 해석)
1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

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

【 민법 제2조(신의성실) 제1항 】
① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
3 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제42조(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.

제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

4 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

5 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

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

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

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

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

제45조(개인정보보호)

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

2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조(준거법)

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

제47조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】 예금자보호제도란 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다. 이 계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다) 예금자보호 한도는 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1인당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

제2절 보장조항

1. 갱신형 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한, 태아가입용)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에「독감(인플루엔자)」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로「독감 항바이러스제」를 처방받은 경우에는 보험수익자에게 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비로 지급합니다.

2 제1항의「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 질병에 의해「독감(인플루엔자)」으로 진단확정되거나 각각 다른 성분 또는 개별 약제명으로「독감 항바이러스제」를 처방받은 경우에도 1회의 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비만 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(독감(인플루엔자), 독감 항바이러스제 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「독감(인플루엔자)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 중【별표2(독감(인플루엔자) 분류표)】)에서 정한 질병을 말합니다.

2「독감(인플루엔자)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가

진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 배양검사, 유전자 검출 검사, 혈청검사, 신속항원검사(Rapid Antigen test) 또는 의사의 임상적 판단 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「독감(인플루엔자)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 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 위해 사용하는 약제로서, 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)

※ 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 상기 독감 항바이러스제 해당 성분명은 2020년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될수 있습니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」확인 방법】

• 식품의약품안전처 허가 내「효능·효과」확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
(https://nedrug.mfds.go.kr)
- 의약품 검색

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2. 갱신형 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비(연간1회한)보장 특별약관

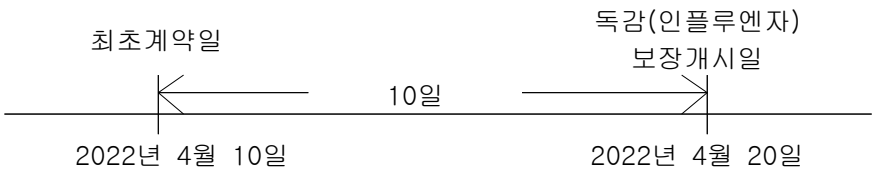
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 독감(인플루엔자)보장개시일 이후에「독감(인플루엔자)」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로「독감 항바이러스제」를 처방받은 경우에는 보험수익자에게 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비로 지급합니다.

2 제1항의「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

3 이 특별약관에서 독감(인플루엔자) 보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 10일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 계약의 갱신일을 독감(인플루엔자)보장개시일로 합니다.

【독감(인플루엔자)보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 성분 또는 개별 약제명으로「독감 항바이러스제」를 처방받은 경우에도 1회의 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료비만 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(독감(인플루엔자), 독감 항바이러스제 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어「독감(인플루엔자)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 중【별표2(독감(인플루엔자) 분류표)】)에서 정한 질병을 말합니다.

2「독감(인플루엔자)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 배양검사, 유전자검출 검사, 혈청검사, 신속항원검사(Rapid Antigen test) 또는 의사의 임상적 판단 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「독감(인플루엔자)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 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 위해 사용하는 약제로서, 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)

※ 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 상기 독감 항바이러스제 해당 성분명은 2020년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될수 있습니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」확인 방법】

• 식품의약품안전처 허가 내「효능·효과」확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
(https://nedrug.mfds.go.kr)
- 의약품 검색

제4조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회

복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 독감(인플루엔자) 보장개시일을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제1절 일반조항 제8조 제5항 및 제35조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금	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%)
해지환급금 (특별약관 제35조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.

주2) 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.

주3) 가산이율 적용시 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

독감(인플루엔자) 분류표

1. 약관에 규정하는 독감(인플루엔자)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 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

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

무배당 갱신형 특정치료비보장

특별약관2204(내Mom가입형)

가입자 유의사항

□ 보험종목

운영 구분	설명
1형(기본형)	30세까지 가입 가능
2형(계약전환형)	주계약의 보험기간을 25세, 30세만기로 가입 후 해당 특별약관의 갱신종료시점에 2형(계약전환형)으로 전환 * 주계약의「계약전환 특별약관」참고

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

○ 갱신형 보장

- 자동갱신 적용대상 특별약관의 보험기간은 5년만기 또는 10년만기(단, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말

합니다)까지의 기간이 5년 또는 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초가입 후 5년 또는 10년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【자동갱신 적용대상특약의 보험기간(예시)】

42세 피보험자가 갱신종료보험나이를 80세로 하여 5년만기 갱신형 보장을 가입하는 경우

- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 위험률의 변동 등)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

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

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보

험료 납입을 면제하지 않습니다.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

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

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중

요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 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.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 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 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

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 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

8. 계약 전 알릴 의무

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

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

※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시

변경내용을 회사에 알리셔야 합니다.

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

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

보험용어 해설

○ 약관
계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권
계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자
회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자
보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자
보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료
계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

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

○ 보험기간
계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일
회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일
계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액
보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등

을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

○ 책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

○ 해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 갱신형 특정치료비보장 특별약관2204(내Mom가입형)(이하 「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

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

1 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험 수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

용어	정의
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국표준질병 사인분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

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

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

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균 공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.25%입니다.
해지 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

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

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일,'관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 계약의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 계약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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

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

제7조(보험금의 청구)
이 계약의 보험금의 청구는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제8조(보험금의 지급절차)
1 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
2 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 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(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
① 소송제기
② 분쟁조정 신청
③ 수사기관의 조사
④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
⑥ 제2절 보장조항 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

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

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

5 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

6 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

7 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로

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

제10조(주소변경통지)
1 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
2 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)
보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

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

제12조(대표자의 지정)
1 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
2 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
3 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【 계약자가 2명 이상인 경우 】
계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

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

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

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

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

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

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

2 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때

② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)

⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항에 따른 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 등으로 알려 드립니다.
5 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
6 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
7 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제15조(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 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)
1 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
2 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【 보험가입금액 제한 】 피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다. 【 일부보장 제외(부담보) 】 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위

한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

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

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

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

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

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

6 제5항의「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을

청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)

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

【일반금융소비자】 전문금융소비자가 아닌 계약자를 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 말합니다.

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

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

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

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

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

제18조(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

【약관의 중요한 내용예시】 - 청약의 철회에 관한 사항 - 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건 - 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과 - 계약의 취소 및 무효에 관한 사항 - 해지환급금에 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

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】 전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청

약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】 계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조제2호에 따른 전자서명을 포함합니다. 【 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 】 "전자서명"이라 함은 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다. 가. 서명자의 신원 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

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

6 보험료 납입이 면제된 경우 제5항의「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제19조(계약의 무효)

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

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의

를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】
심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제20조(계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

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

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

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

4 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

【 감액 】
보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해지환급금도 줄어듭니다)

5 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면

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.

제21조(보험나이 등)
1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
3 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】 생년월일 : 1988년 10월 2일 현재(계약일) : 2022년 4월 14일 ⇒ 2022년 4월 14일 - 1988년 10월 2일 = 33년 6월 12일 = 34세

【계약해당일】 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일 -> 계약해당일 : 10월 1일 예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일 -> 계약해당일 : 2월 말일

제22조(특별약관의 소멸)
이 계약의 특별약관의 소멸사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제23조(특별약관의 자동갱신)
1 이 특별약관의 보험기간은 보험증권에 기재된 보험기간으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.
2 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는

종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제25조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제23조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

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

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

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

② 제14조(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.

제27조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)

주계약의 보장보험료의 납입이 면제된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 면제하지 않습니다.

제28조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제29조(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 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

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

4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

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

【자동대출납입】
보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험상품의 해지환급금 범위내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제29조(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 정

하여 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 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약

자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

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

4 부활(효력회복)시 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 제2절 보장조항에서 정한 암보장개시일을 적용합니다.

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해지환급금 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 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

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

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

5 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】
1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다. 2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다. 3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.
또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
2 제1항에도 불구하고 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우, 출생예정일 이후 해지하였으나 태아가 출생 전이면 출생예정일 이후에 해당하는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
3 제2항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의「태아가 출생하기 전」임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.
4 제19조(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 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의1(위법계약의 해지)

1 계약자는「금융소비자보호에 관한 법률」제47조 및 관련 규정이 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 제35

조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
5 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사 할 수 있습니다.

【위법계약】
금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제33조(중대사유로 인한 해지)
1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【 예시 】
입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제34조(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 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해지환급금)
1 이 약관에 따른 해지환급금은「보험료 및 책임준비금 산

출방법서」에 따라 계산합니다.
2 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
3 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
4 제32조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제36조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해지환급금 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, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
3 제2항에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제38조(분쟁의 조정)

1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이「금융소비자 보호에 관한 법률」

제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제39조(관할법원)
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제40조(소멸시효)
보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2022년 4월 1일에 발생하였음에도 2025년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제41조(약관의 해석)
1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【 신의성실의 원칙 】 권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항) 【 민법 제2조(신의성실) 제1항 】 ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
3 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제42조(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」 제2조제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설

명서를 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.

제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
4 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
5 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생

된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】 사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제45조(개인정보보호)
1 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조(준거법)
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제47조(예금보험에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

예금자보호제도란 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.

이 계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

예금자보호 한도는 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1인당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

제2절 보장조항

2-1. 갱신형 표적항암약물허가치료비보장 특별약관

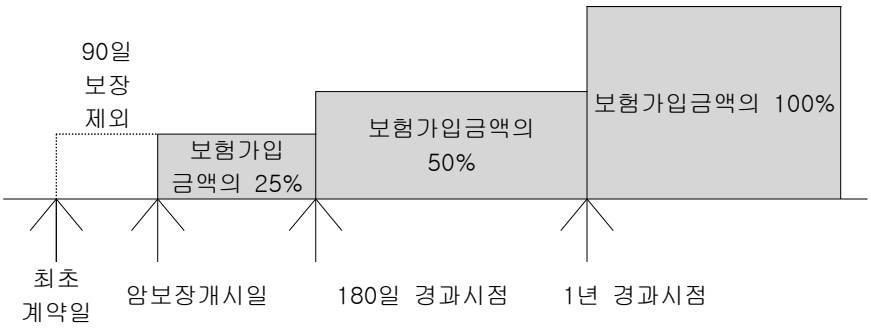
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 180일 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날을 말하며, 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

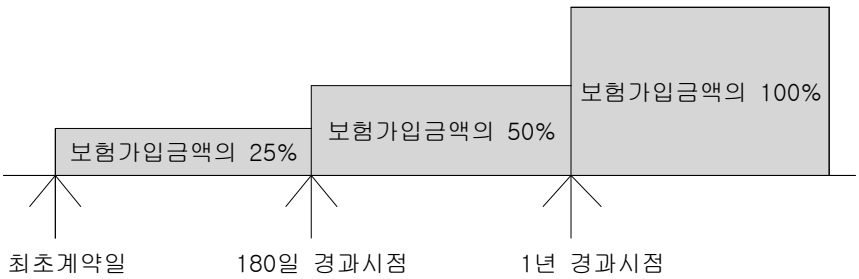
구 분	지급금액		
	최초계약일부터 180일 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 180일 경과시점 이후 최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
표적항암약물허가치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【표적항암약물허가치료비[예시]】
(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암(유사암제외) >



< 기타피부암 및 갑상선암 >

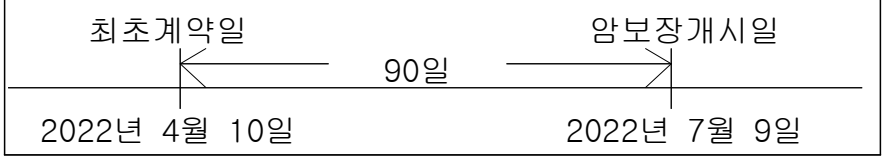


2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되거나,「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
표적항암약물허가치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

3 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

【암보장개시일[예시]】(단, 보험나이 15세이상인 경우)



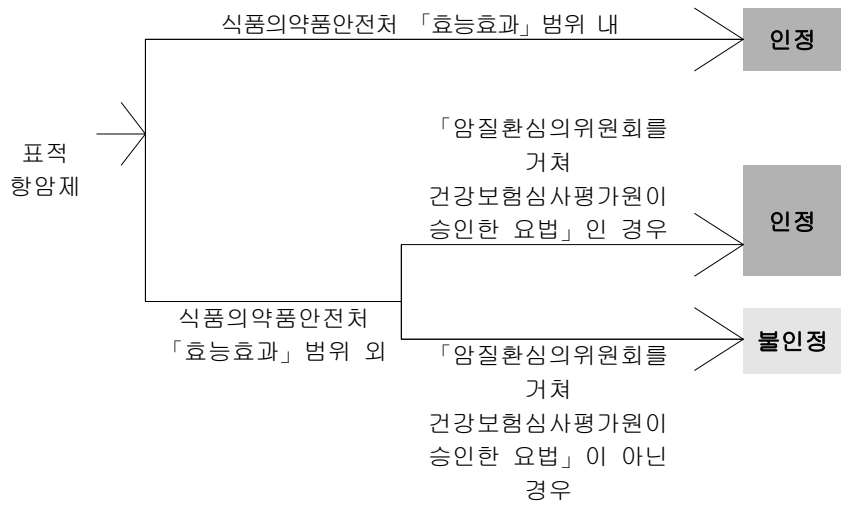
4 제3항에도 불구하고「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 전환후계약의 계약일을 암보장

개시일로 합니다.

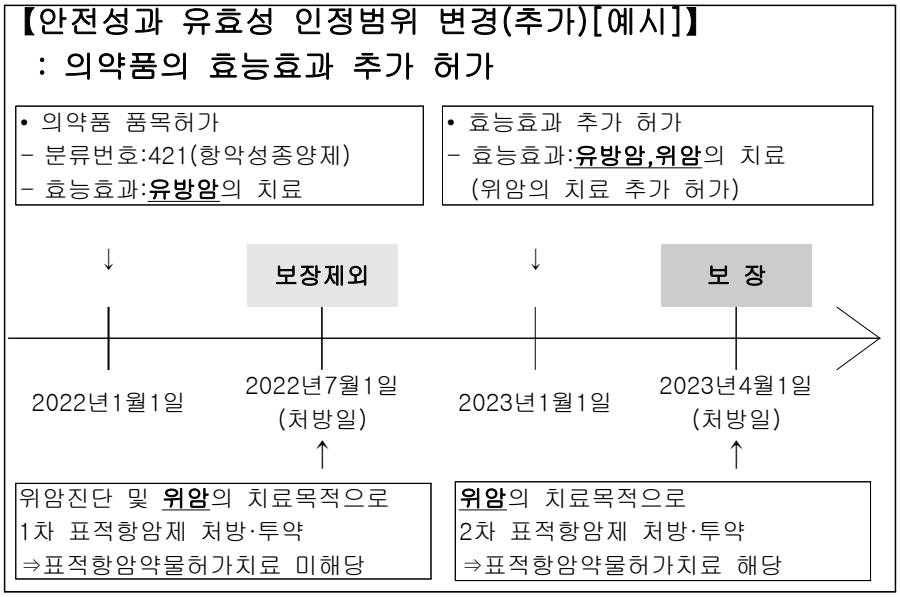
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

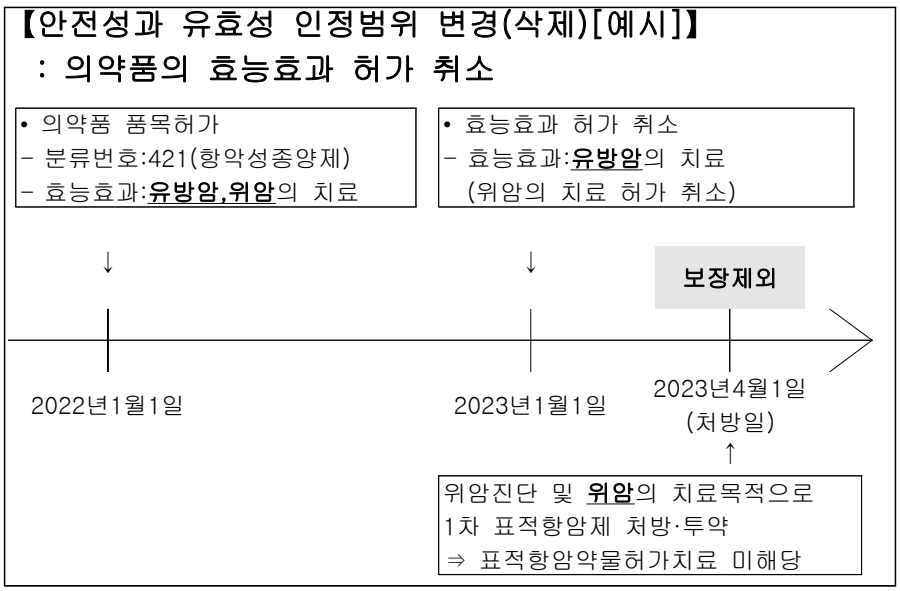
1 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비는 표적항암제가 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위】



2 제1조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





3 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 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 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
3 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
4 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
5 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는

분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【 호르몬 관련 치료제】
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【 세포독성 항암제】
세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【 생물학적 반응 조절제】
생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 】
표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표3(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안정성과 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 건강보험심사

평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

【 암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 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 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에 있어 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타 피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

③ 표적항암약물허가치료 증명서

㉠ 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

㉮ 진단명

㉯ 투약한 약제의 제품명

㉰ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

㉱ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

㉡ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】 ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원 2. 조산원 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(특별약관의 무효)

1 회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)를 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 인한 표적항암약물 허가치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그때부터 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-2. 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 계속받는 표적항암약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 180일 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날을 말하며, 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액		
		최초계약일부터 180일 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 180일 경과시점 이후 최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
표적항암약물허가치료시	첫번째	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	두번째 이후	-	-	보험가입금액의 10%

2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되거나,「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 계속받는 표적항암약물허가치료비로 지급합니다.

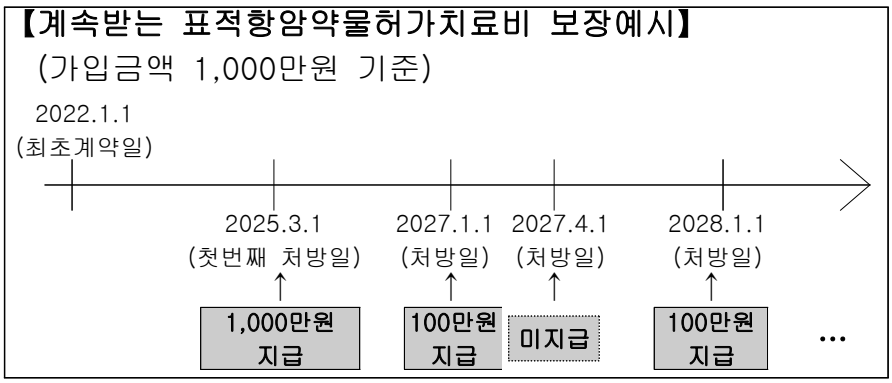
구 분		지급금액
표적항암약물 허가치료시	첫번째	보험가입금액의 100%
	두번째이후	보험가입금액의 10%

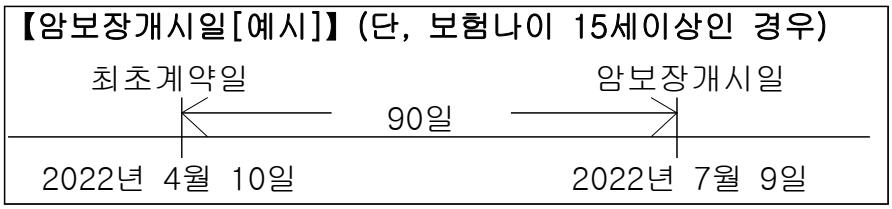
3 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 차회 갱신계약의 보험기간 중 보험금 지급사유 발생시 보험가입금액의 10%를 계속받는 표적항암약물허가치료비로 지급합니다.

4 제1항 및 제2항에서「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

5 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일

을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

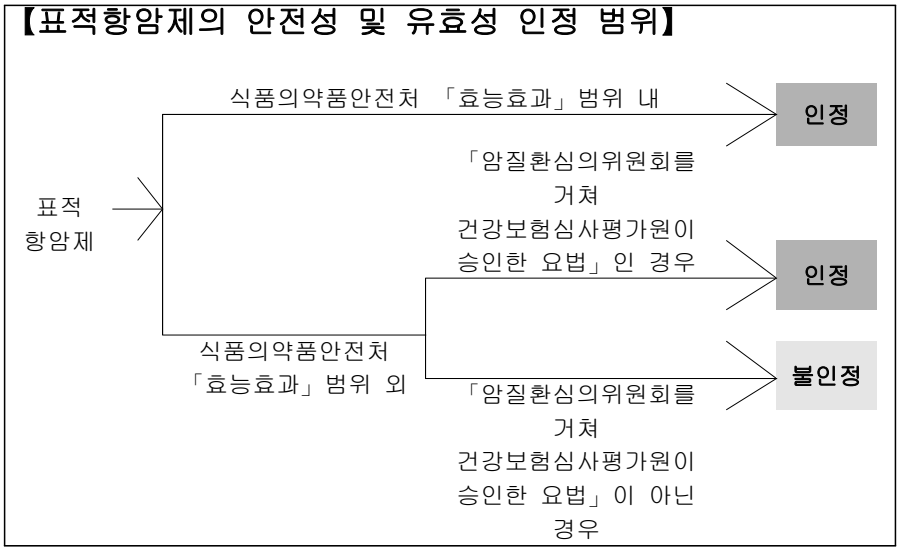




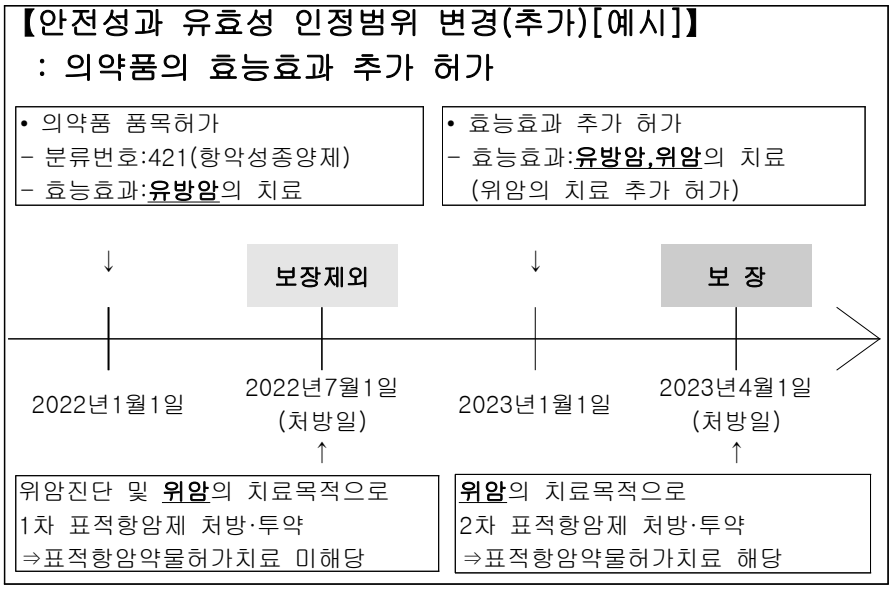
6 제5항에도 불구하고「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 전환후계약의 계약일을 암보장개시일로 합니다.

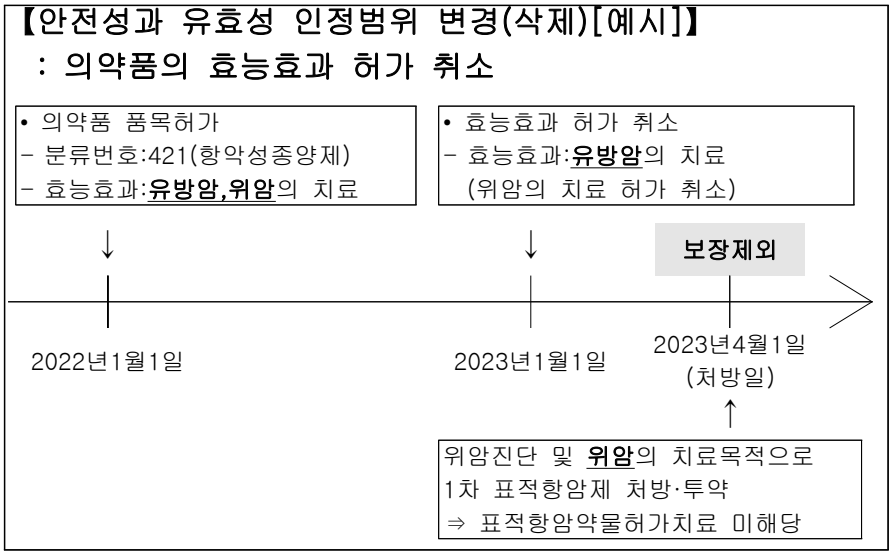
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 계속받는 표적항암약물허가치료비는 표적항암제가 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



2 제1조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





3 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 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 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

4 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부

암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【 호르몬 관련 치료제】
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【 세포독성 항암제】
세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【 생물학적 반응 조절제】
생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 】
표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표3(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안정성과 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 제5조의2제1항에 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 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)
이 특별약관에 있어 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타 피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
③ 표적항암약물허가치료 증명서
㉠ 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야

합니다)

㉮ 진단명

㉯ 투약한 약제의 제품명

㉰ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

㉱ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

㉡ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】 ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원 2. 조산원 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(특별약관의 무효)

1 회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)를 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은

그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-3. 갱신형 항암양성자방사선치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

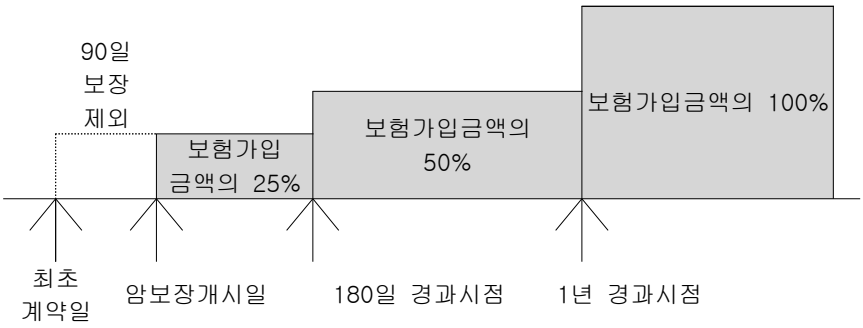
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「항암양성자방사선치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암양성자방사선치료비로 지급합니다. 다만, 아래의「최초계약일부터 180일 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날을 말하며,「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약일부터 180일 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 180일 경과시점 이후 최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
항암양성자방사선치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

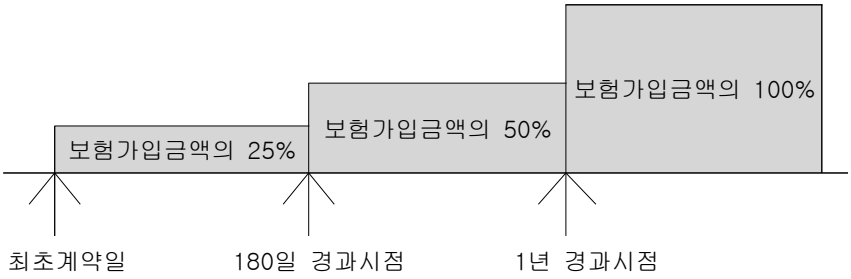
【항암양성자방사선치료비[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 「암(유사암제외)」으로 항암양성자방사선치료를 받은 경우 >



<「기타피부암」또는「갑상선암」으로 항암양성자방사선치료를 받은 경우 >



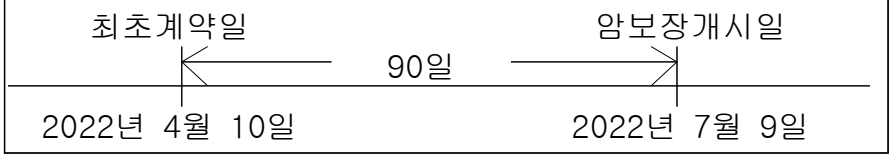
2 제1항의“항암양성자방사선치료를 받은 경우”라 함은 최초치료일자를 기준으로 합니다.

3 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되거나,「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암양성자방사선치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
항암양성자방사선치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

4 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

【암보장개시일[예시]】(단, 보험나이 15세이상인 경우)



5 제4항에도 불구하고「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 전환후계약의 계약일을 암보장개시일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 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 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

4「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는

피보험자가「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
5 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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(항암양성자방사선치료의 정의)
1 이 특별약관에서「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」을 치료하는「항암방사선치료」를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용합니다.
2 전자기파를 이용한'X선치료','감마선치료','중입자치료'등은「항암양성자방사선치료」에 해당되지 않습니다.

제5조(항암방사선치료의 정의)
이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】 ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원 2. 조산원 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(특별약관의 무효)

1 회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)를 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암양성자방사선치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

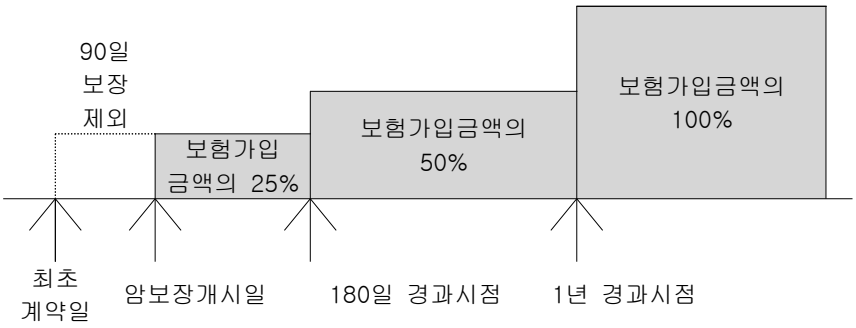
2-4. 갱신형 항암세기조절방사선치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

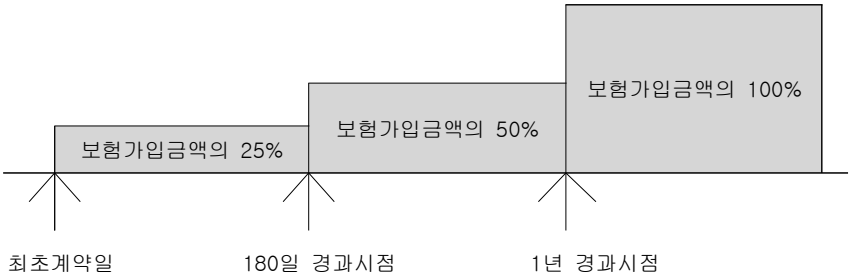
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「항암세기조절방사선치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암세기조절방사선치료비로 지급합니다. 다만, 아래의「최초계약일부터 180일 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날을 말하며,「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약일부터 180일 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 180일 경과시점 이후 최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
항암세기조절방사선치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【항암세기조절방사선치료비[예시]】
(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)
< 「암(유사암제외)」으로 항암세기조절방사선치료를 받은 경우 >



<「기타피부암」또는「갑상선암」으로 항암세기조절방사선치료를 받은 경우 >



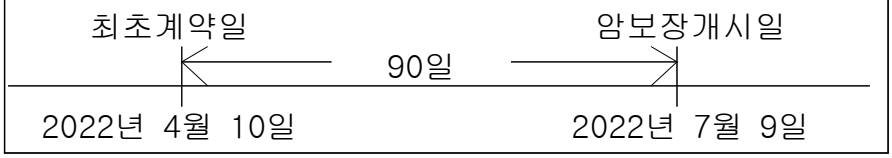
2 제1항의"항암세기조절방사선치료를 받은 경우"라 함은 최초치료일자를 기준으로 합니다.

3 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되거나,「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암세기조절방사선치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
항암세기조절방사선치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

4 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

【암보장개시일[예시]】(단, 보험나이 15세이상인 경우)



5 제4항에도 불구하고「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 전환후계약의 계약일을 암보장개시일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 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 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

4「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는

피보험자가「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
5 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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(항암세기조절방사선치료의 정의)

1 이 특별약관에서 「항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로「세기조절방사선치료법」을 이용하여「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」을 치료하는「항암방사선치료」를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.
2 제1항의「세기조절방사선치료법」은 방사선 조사 방향을 수십 배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료법을 말합니다.

제5조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원 2. 조산원 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(특별약관의 무효)

1 회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)를 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암세기조절방사선치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이

특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-5. 갱신형 다빈치로봇 암수술비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

· 다빈치로봇 암수술비(암(특정암제외))보장 · 다빈치로봇 암수술비(특정암)보장

제2조(보험금의 지급사유)

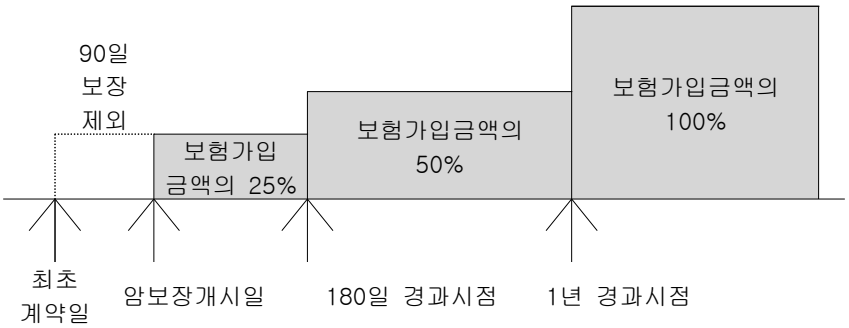
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에「암(특정암제외)」로 진단확정되고 그「암(특정암제외)」의 치료를 직접적인 목적으로「다빈치로봇 암수술」을 받은 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇 암수술비(암(특정암제외))로 지급합니다. 다만, 아래의「최초계약일부터 180일 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날을 말하며,「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약일부터 180일 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 180일 경과시점 이후 최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
암(특정암제외)로 다빈치로봇 암수술시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	다빈치로봇 암수술비 (암(특정암 제외))보장 보험가입금액의 25%	다빈치로봇 암수술비 (암(특정암 제외))보장 보험가입금액의 50%	다빈치로봇 암수술비 (암(특정암 제외))보장 보험가입금액의 100%

【다빈치로봇 암수술비(암(특정암제외))[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

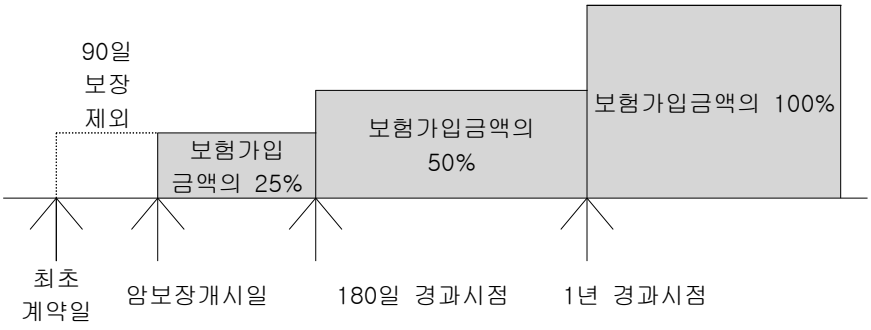
< 「암(특정암제외)」로 다빈치로봇 암수술을 받은 경우 >



2 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에「특정암」으로 진단확정되고 그「특정암」의 치료를 직접적인 목적으로「다빈치로봇 암수술」을 받은 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇 암수술비(특정암)으로 지급합니다. 다만, 아래의「최초계약일부터 180일 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날을 말하며,「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약일부터 180일 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 180일 경과시점 이후 최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
특정암으로 다빈치로봇 암수술시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	다빈치로봇 암수술비 (특정암)보장 보험가입금액의 25%	다빈치로봇 암수술비 (특정암)보장 보험가입금액의 50%	다빈치로봇 암수술비 (특정암)보장 보험가입금액의 100%

【다빈치로봇 암수술비(특정암)[예시]】
(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)
<「특정암」으로 다빈치로봇 암수술을 받은 경우 >

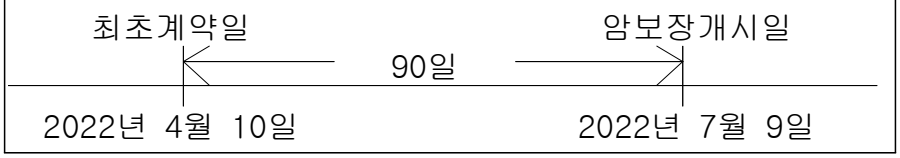


3 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되거나,「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우 피보험자가 제1항 및 제2항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험금으로 지급합니다.

구 분	지급금액
암(특정암제외)로 다빈치로봇 암수술시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	다빈치로봇 암수술비 (암(특정암제외))보장 보험가입금액의 100%
특정암으로 다빈치로봇 암수술시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	다빈치로봇 암수술비 (특정암)보장 보험가입금액의 100%

4 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】(단, 보험나이 15세이상인 경우)



5 제4항에도 불구하고「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 전환후계약의 계약일을 암보장개시일로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(「암(특정암제외)」,「특정암」의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「암(특정암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C73(갑상선의 악성신생물) 및 C61(전립선의 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 특별약관에서「특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물) 및 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물

(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.
3 이 특별약관에서「암」이라 함은「암(특정암제외)」,「특정암」을 총칭합니다.
4「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
5 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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(다빈치로봇 암수술의 정의)

1 이 특별약관에서「다빈치로봇 암수술」이란「암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는「수술」을 한 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

수가코드	행위명
QZ961	로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci®

【다빈치로봇 암수술】
다빈치로봇 암수술이란「암」의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.
(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

2 제1항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우「다빈치로봇 암수술」을 받은 것으로 봅니다.
3 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로「다빈치로봇 암수술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제6조(수술의 정의와 장소)
1 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

5 제4항 제8호의「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제8호의「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외 합니다.

제7조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제8조(특별약관의 무효)

1 회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)를 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

1 이 특별약관의 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 다빈치로봇 암수술비(암(특정암제외)) 지급사유가 발생한 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 회사는 해당 보장책임의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

2 이 특별약관의 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 다빈치로봇 암수술비(특정암) 지급사유가 발생한 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 회사는 해당 보장책임의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관의 보장책임이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

4 제3항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-6. 갱신형 특정질환3대치료비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

① 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)
② 유방병변 진공보조장치이용절제치료비(최초1회한)
③ 자궁근종 고강도초음파집속술치료비(최초1회한)

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

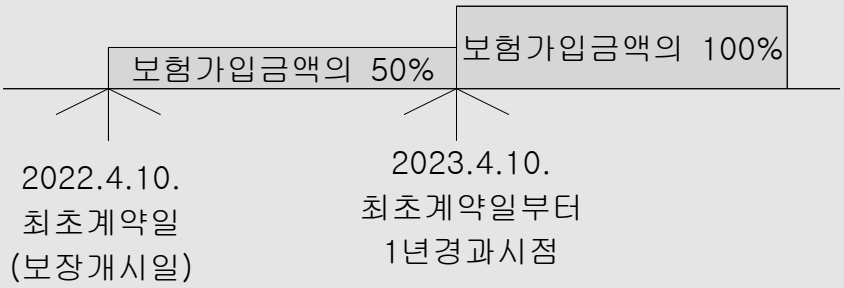
① 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)

1.(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중「갑상선특정질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「갑상선고주파열치료술」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선질환 고주파열치료비로 지급합니다. 다만, 아래의「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
갑상선질환 고주파열치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	갑상선질환 고주파열치료비보장 보험가입금액의 50%	갑상선질환 고주파열치료비보장 보험가입금액의 100%

【갑상선질환 고주파열치료비[예시]】



2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되거나,「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 보험수익자에게 최

초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선질환 고주파열치료비로 지급합니다.

구분	지급금액
갑상선질환 고주파열치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	갑상선질환 고주파열치료비보장 보험가입금액의 100%

2.(갑상선특정질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「갑상선특정질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 D34(갑상선의 양성신생물) 및 E04(기타 비독성 고이터)로 분류되는 질병으로,【별표4(갑상선특정질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2「갑상선특정질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 초음파 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「갑상선특정질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「갑상선특정질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3.(갑상선고주파열치료술의 정의)

1 이 특별약관에서「갑상선고주파열치료술」이라 함은 의사가 피보험자의「갑상선특정질환」으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 아래의「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

수가코드	행위명
PZ612	증상이 있는 갑상선양성결절의 고주파열치료술

【갑상선고주파열치료술】
갑상선고주파열치료술이란 고주파가 발생하는 특수바늘(전극)을 갑상선 종양에 삽입하여 고열로 괴사시키는 의료행위를 말합니다.

2 제1항의「수가코드」를 받지 않았다 하더라도 진료비 세부내역서 및 수술기록지상「갑상선고주파열치료술」에 해당

하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우「갑상선고주파열치료술」을 받은 것으로 봅니다.
3 이 특별약관 체결시점 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 치료 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드를 따릅니다.
4 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로「갑상선고주파열치료술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

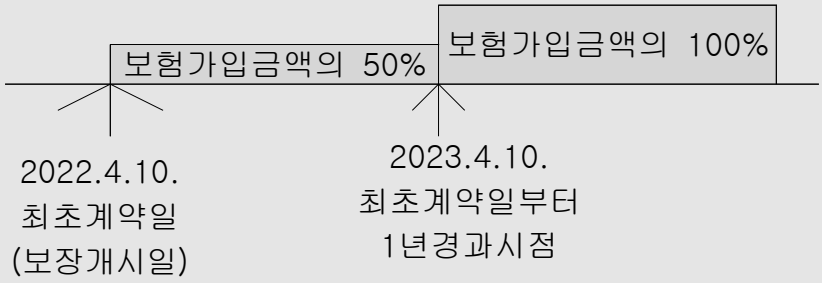
4.(보장의 소멸)
1 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선질환 고주파열치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 이 보장책임의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장책임의 책임준비금을 지급합니다.

② 유방병변 진공보조장치이용절제치료비(최초1회한)

1.(보험금의 지급사유)
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중「유방특정질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「진공보조장치이용절제술」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유방병변 진공보조장치이용절제치료비로 지급합니다. 다만, 아래의「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
유방병변 진공보조장치 이용절제치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	유방병변 진공보조장치 이용절제치료비보장 보험가입금액의 50%	유방병변 진공보조장치 이용절제치료비보장 보험가입금액의 100%

【유방병변 진공보조장치이용절제치료비[예시]】



2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되거나,「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유방병변 진공보조장치이용절제치료비로 지급합니다.

구분	지급금액
유방병변 진공보조장치이용절제치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	유방병변 진공보조장치 이용절제치료비보장 보험가입금액의 100%

2.(유방특정질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「유방특정질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 D24(유방의 양성 신생물) 및 N60(양성 유방형성이상)으로 분류되는 질병으로, 중【별표5(유방특정질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2「유방특정질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 초음파 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「유방특정질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「유방특정질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3.(진공보조장치이용절제술의 정의)

1 이 특별약관에서「진공보조장치이용절제술」이라 함은 의사가 피보험자의「유방특정질환」으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서

의사의 관리하에 행해지는「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」의료행위를 말합니다.
2 제1항의「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」은「신의료기술의 안전성ㆍ유효성 평가 결과 고시(보건복지부고시 제2019-243호)」의 [별표1]의 770에 해당하는 의료행위를 말합니다.

[신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(별표1)] 770. 초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술 가. 기술명 - 한글명 : 초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술 - 영문명 : Ultrasound-guided Vacuum Assisted Breast Benign Lesion Excision 나. 사용목적 - 유방 양성병변의 치료를 위한 절제 다. 사용대상 - 유방 양성병변 환자 라. 시술방법 - 초음파유도하 진공보조장치를 이용하여 병변 부위에 탐침을 삽입하여 탐침 내로 병변을 흡인하며 절제함

3 이 특별약관 체결시점 이후「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」개정에 따라 해당 의료행위 번호가 변경된 경우는 치료 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4.(보장의 소멸)

1 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 유방병변 진공보조장치 이용절제치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 이 보장책임의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장책임의 책임준비금을 지급합니다.

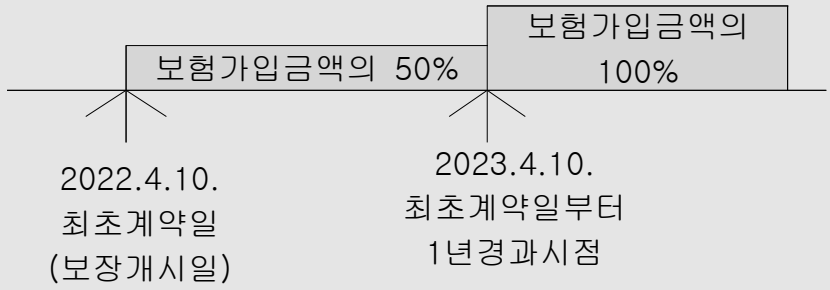
③ 자궁근종 고강도초음파집속술치료비(최초1회한)

1.(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중「자궁근종」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「고강도초음파집속술」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 자궁근종 고강도초음파집속술치료비로 지급합니다. 다만, 아래의「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
자궁근종 고강도초음파 집속술치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	자궁근종 고강도초음파 집속술치료비보장 보험가입금액의 50%	자궁근종 고강도초음파 집속술치료비보장 보험가입금액의 100%

【자궁근종 고강도초음파집속술치료비[예시]】



2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되거나,「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 자궁근종 고강도초음파집속술치료비로 지급합니다.

구분	지급금액
자궁근종 고강도초음파집속술치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	자궁근종 고강도초음파 집속술치료비보장 보험가입금액의 100%

2.(자궁근종의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「자궁근종」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 D25(자궁의 평활근종)으로 분류되는 질병으로,【별표6(자궁근종 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2「자궁근종」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내

의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 초음파 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「자궁근종」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「자궁근종」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3.(고강도초음파집속술의 정의)

1 이 특별약관에서「고강도초음파집속술」이라 함은 의사가 피보험자의「자궁근종」으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 아래의「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다. 다만,「자기공명영상유도하 고강도초음파집속술(자궁근종)」에 해당하는 의료행위는 보장대상에서 제외합니다.

수가코드	행위명
RZ566	초음파 유도하 고강도초음파집속술 (자궁근종, 자궁선근증)

【 고강도초음파집속술】
고강도의 초음파에너지를 한 곳에 모을 때 초점에서 발생하는 고열을 이용해 자궁근종, 자궁선근종 조직을 태워 없애는 치료방법

3 제1항의「수가코드」를 받지 않았다 하더라도 진료비 세부내역서 및 수술기록지상「고강도초음파집속술」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우「고강도초음파집속술」을 받은 것으로 봅니다.
4 이 특별약관 체결시점 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 치료 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드를 따릅니다.
5 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로「고강도초음파집속술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

4.(보장의 소멸)
1 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 자궁근종 고강도초음파 집속술치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 이 보장책임의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장책임의 책임준비금을 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
보험수익자와 회사가 각 세부조항의「보험금의 지급사유」조항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생하거나 아래의 경우에 해당하는 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 미용성형 목적의 치료
② 검사 및 진단을 위한 치료(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

제6조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 등), 수술확인서 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)
각 세부보장에서 정한「보장의 소멸」조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

제8조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

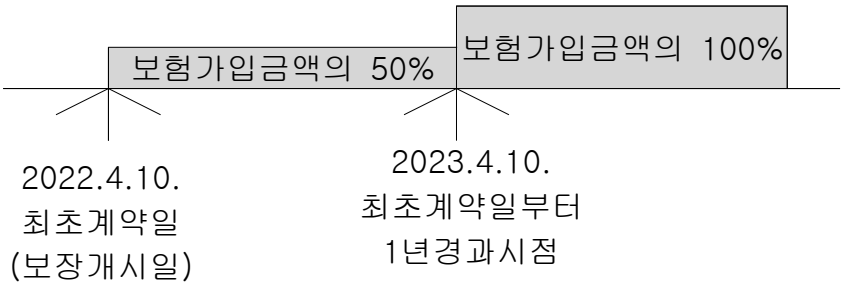
2-7. 갱신형 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회 한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중「갑상선특정질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「갑상선고주파열치료술」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선질환 고주파열치료비로 지급합니다. 다만, 아래의「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
갑상선질환 고주파열치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【갑상선질환 고주파열치료비[예시]】



2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되거나,「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선질환 고주파열치료비로 지급합니다.

구분	지급금액
갑상선질환 고주파열치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속

전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(갑상선특정질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「갑상선특정질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 D34(갑상선의 양성신생물) 및 E04(기타 비독성 고이터)로 분류되는 질병으로,【별표4(갑상선특정질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

2「갑상선특정질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 초음파 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「갑상선특정질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「갑상선특정질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(갑상선고주파열치료술의 정의)

1 이 특별약관에서「갑상선고주파열치료술」이라 함은 의사가 피보험자의「갑상선특정질환」으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 아래의「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

수가코드	행위명
PZ612	증상이 있는 갑상선양성결절의 고주파열치료술

【갑상선고주파열치료술】
갑상선고주파열치료술이란 고주파가 발생하는 특수바늘(전극)을 갑상선 종양에 삽입하여 고열로 괴사시키는 의료행위를 말합니다.

2 제1항의「수가코드」를 받지 않았다 하더라도 진료비 세부내역서 및 수술기록지상「갑상선고주파열치료술」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우「갑상선고주파열치료술」을 받은 것으로 봅니다.

3 이 특별약관 체결시점 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경

된 경우는 치료 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드를 따릅니다.
4 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로「갑상선고주파열치료술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 등), 수술확인서 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생하거나 아래의 경우에 해당하는 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 미용성형 목적의 치료
② 검사 및 진단을 위한 치료(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

제7조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선질환 고주파열치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 때에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

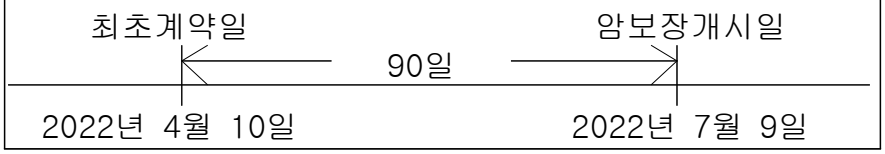
2-8. 갱신형 특정면역항암약물허가치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정면역항암약물허가치료비로 지급합니다.

2 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

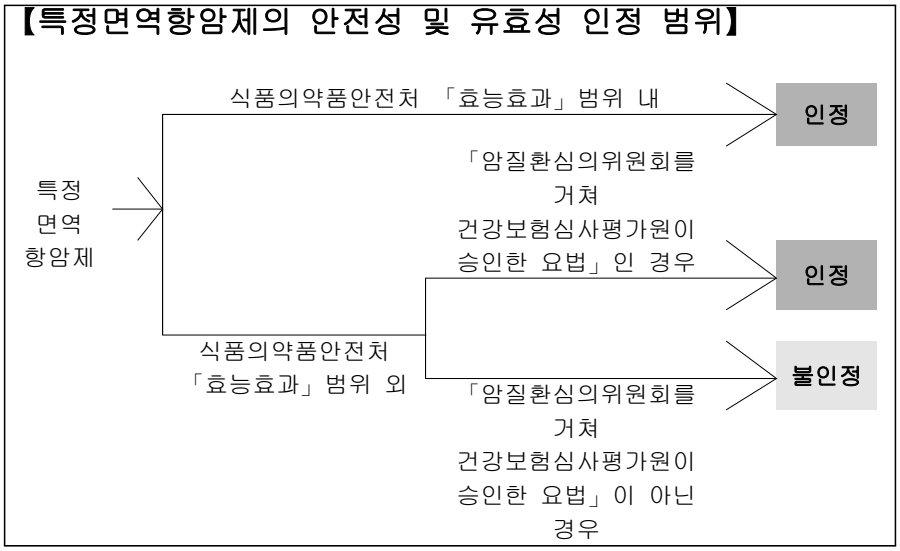
【암보장개시일[예시]】(단, 보험나이 15세이상인 경우)



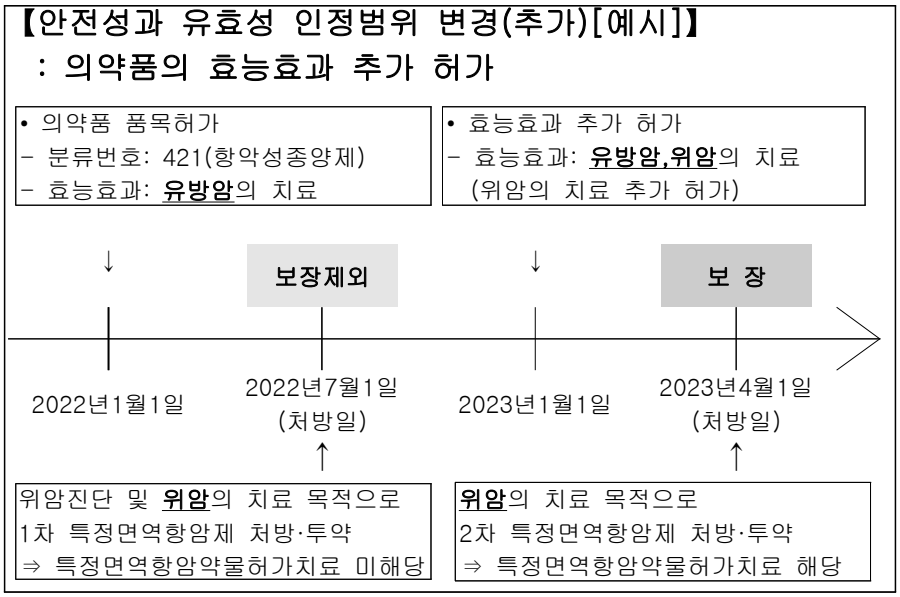
3 제2항에도 불구하고「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 전환후계약의 계약일을 암보장개시일로 합니다.

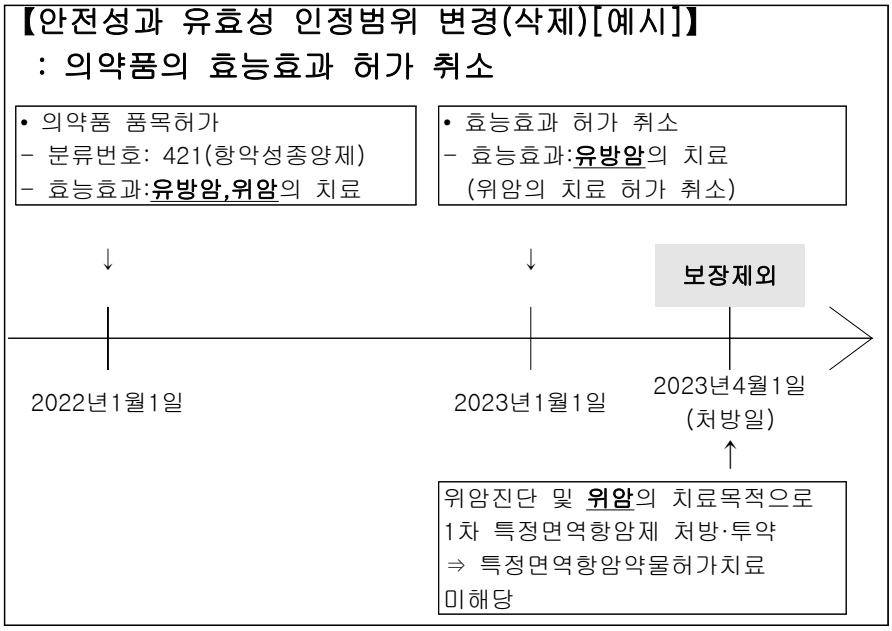
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 특정면역항암약물허가치료비는 특정면역항암제가 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



2 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정면역항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 특정면역항암제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





3 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 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 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

4 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는

혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

① 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
② 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
③ 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)】
면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】
항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제】
카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

【특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】
특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표7(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안정성과 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 제5조의2제1항에 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「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진

단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

③ 특정면역항암약물허가치료 증명서

㉠ 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

㉮ 진단명

㉯ 투약한 약제의 제품명

㉰ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

㉱ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

㉡ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원 2. 조산원 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 5년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제8조(특별약관의 무효)

1 회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음

에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)를 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)
1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정면역항암약물허가치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-9. 갱신형 계속받는 특정면역항암약물허가치료비 (연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 계속받는 특정면역항암약물허가치료비로 지급합니다.

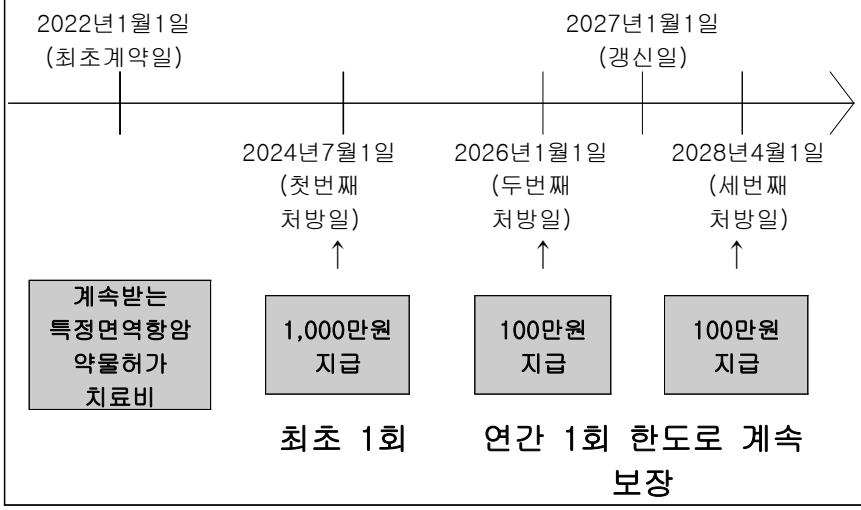
구 분		지급금액
특정면역항암약물허가치료시	첫번째	보험가입금액의 100%
	두번째이후	보험가입금액의 10%

2 제1항에도 불구하고 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 차회 갱신계약의 보험기간 중 보험금 지급사유 발생시 보험가입금액의 10%를 계속받는 특정면역항암약물허가치료비로 지급합니다.

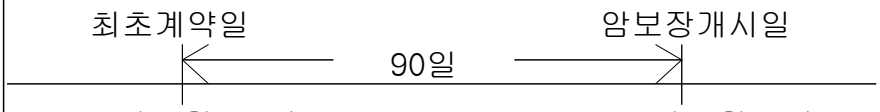
3 제1항에서「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

4 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

【계속받는 특정면역항암약물허가치료비 보장[예시]】
(가입금액 1,000만원 기준)



【암보장개시일[예시]】(단, 보험나이 15세이상인 경우)

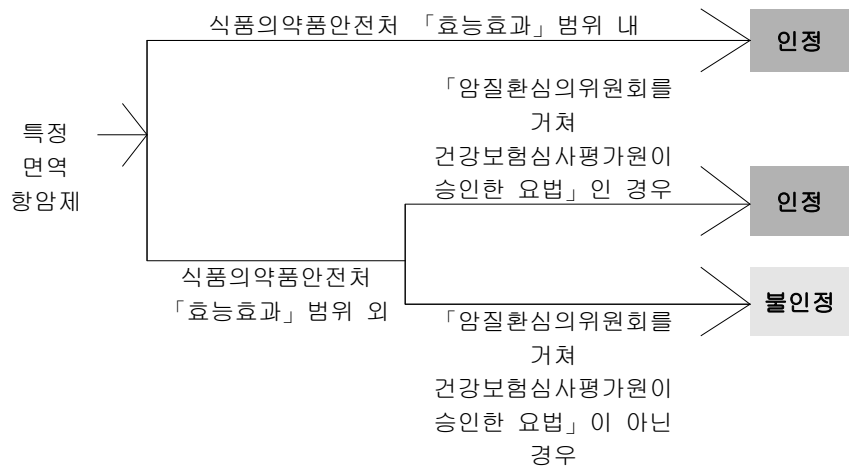


5 제4항에도 불구하고「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 전환후계약의 계약일을 암보장개시일로 합니다.

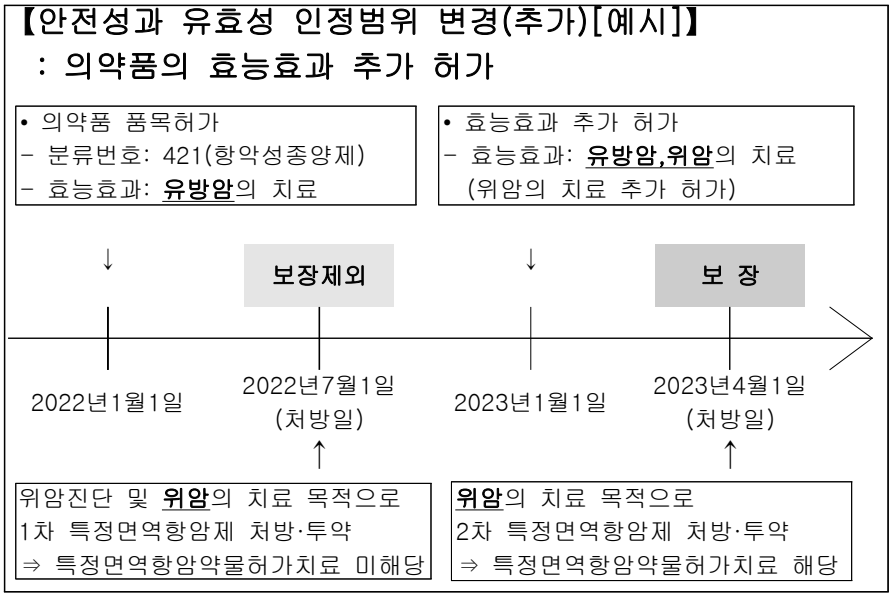
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

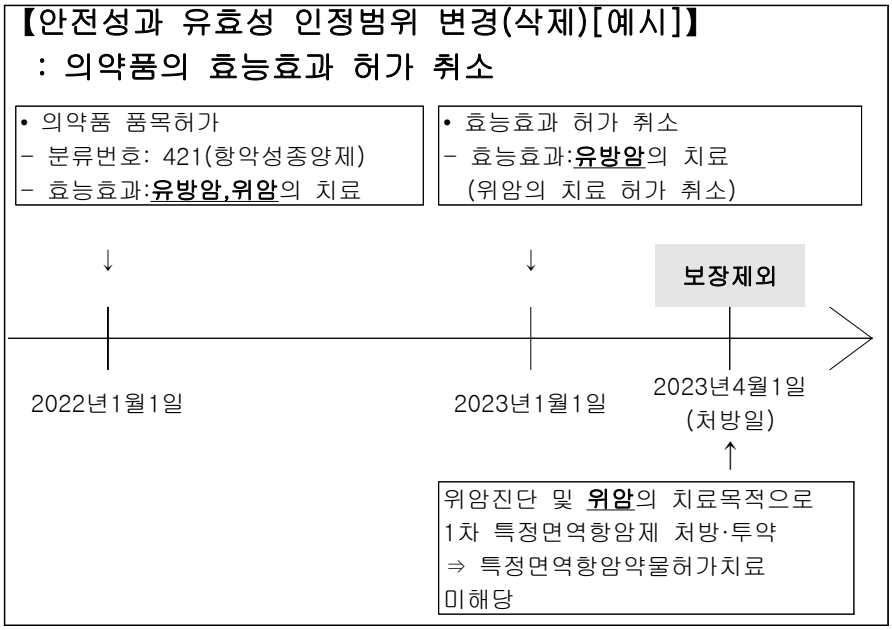
1 제1조(보험금의 지급사유)의 계속받는 특정면역항암약물허가치료비는 특정면역항암제가 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위】



2 제1조(보험금의 지급사유)의「특정면역항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 특정면역항암제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





3 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 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 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
3 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
4 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
5 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)
1 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정에

따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「특정면역항암제」의 범위에서 제외합니다.

【면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)】
면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】
항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제】
카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

【특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】
특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표7(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1

항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안정성과 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 제5조의2제1항에 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「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는

상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

③ 특정면역항암약물허가치료 증명서

㉠ 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

㉮ 진단명

㉯ 투약한 약제의 제품명

㉰ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

㉱ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

㉡ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】 ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원 2. 조산원 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 5년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제8조(특별약관의 무효)

1 회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)를 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

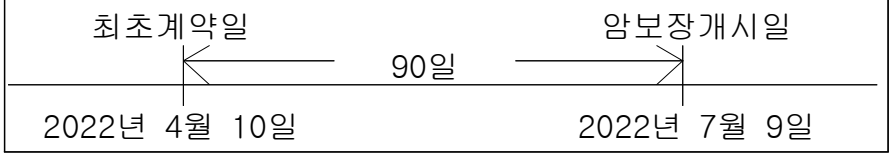
2-10. 갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅱ보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 표적항암약물허가치료비로 지급합니다.

2 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

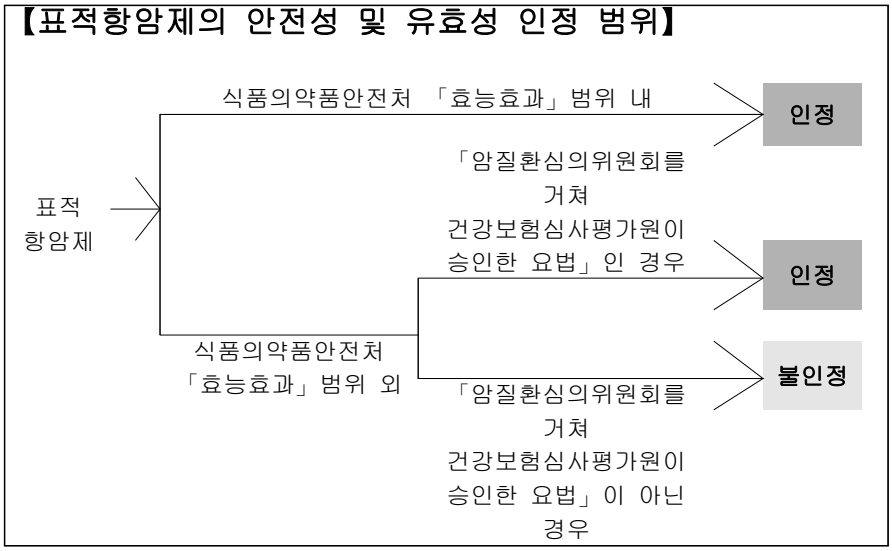
【암보장개시일[예시]】(단, 보험나이 15세이상인 경우)



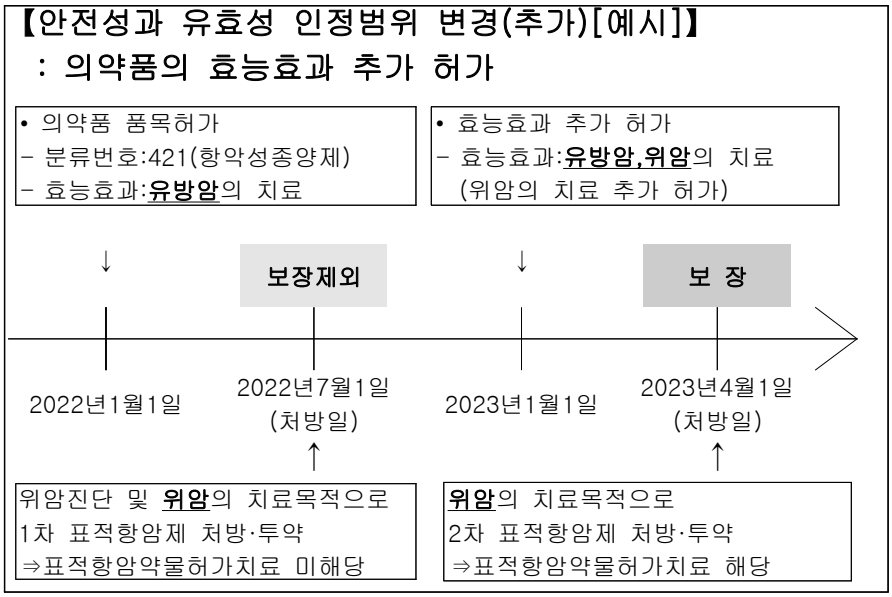
3 제2항에도 불구하고「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 전환후계약의 계약일을 암보장개시일로 합니다.

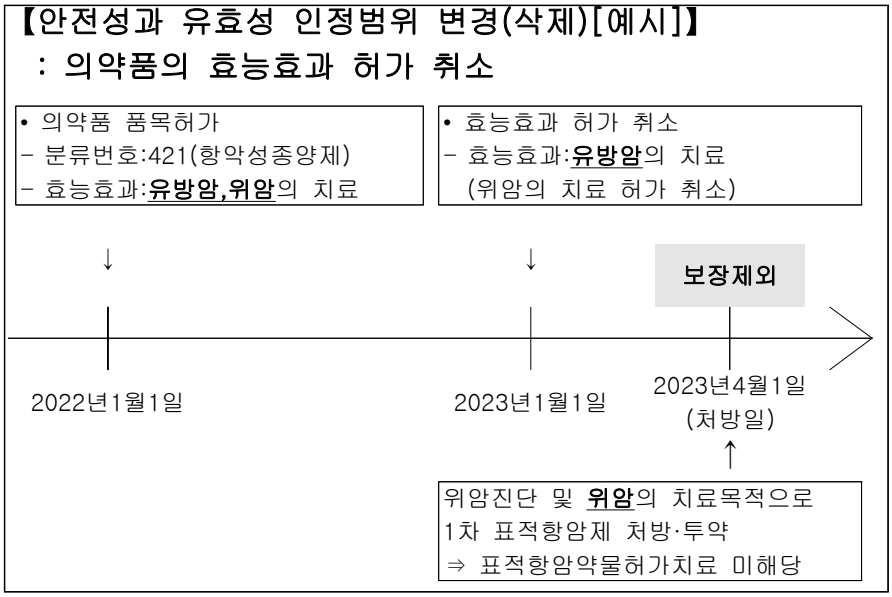
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비는 표적항암제가 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



2 제1조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





3 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 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 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

4 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여

야 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【 호르몬 관련 치료제】
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【 세포독성 항암제】
세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【 생물학적 반응 조절제】
생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 】
표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표3(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안정성과 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 제5조의2제1항에 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 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)
이 특별약관에 있어 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타 피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
③ 표적항암약물허가치료 증명서
㉠ 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야

합니다)

㉮ 진단명

㉯ 투약한 약제의 제품명

㉰ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

㉱ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

㉡ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】 ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원 2. 조산원 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(특별약관의 무효)

1 회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)를 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암(유사암제외)」,

「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 인한 표적항암약물 허가치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그때부터 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제9조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-11. 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅱ (연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 계속받는 표적항암약물허가치료비로 지급합니다.

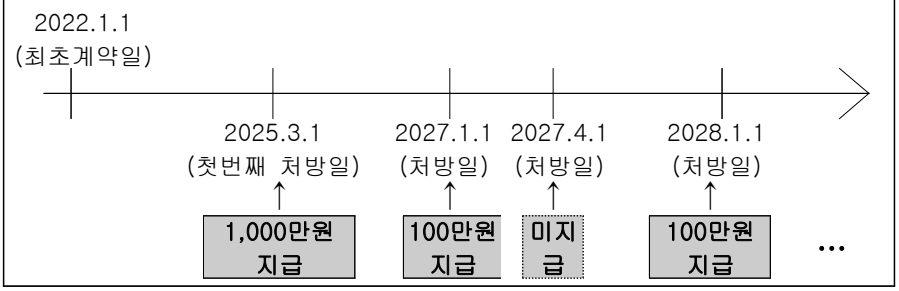
구 분		지급금액
표적항암약물 허가치료시	첫번째	보험가입금액의 100%
	두번째이후	보험가입금액의 10%

2 제1항에도 불구하고 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 차회 갱신계약의 보험기간 중 보험금 지급사유 발생시 보험가입금액의 10%를 계속받는 표적항암약물허가치료비로 지급합니다.

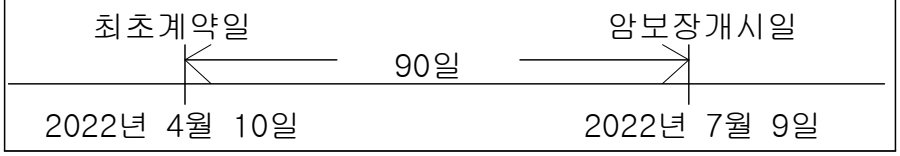
3 제1항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【계속받는 표적항암약물허가치료비 보장예시】

(가입금액 1,000만원 기준)



【암보장개시일[예시]】(단, 보험나이 15세이상인 경우)



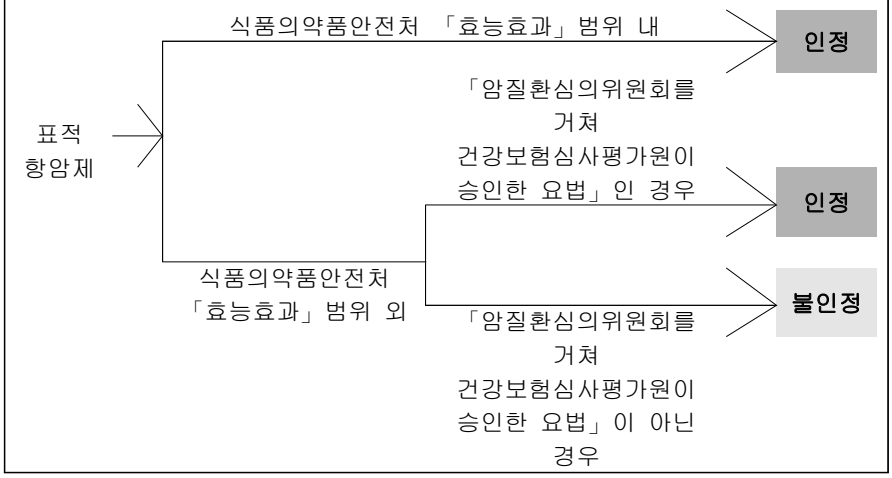
4 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

5 제4항에도 불구하고 「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 전환후계약의 계약일을 암보장개시일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

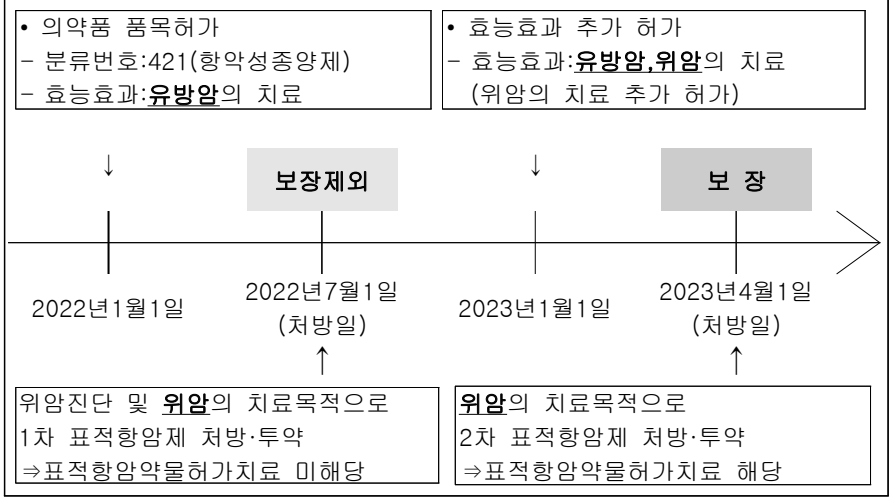
1 제1조(보험금의 지급사유)의 계속받는 표적항암약물허가치료비는 표적항암제가 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

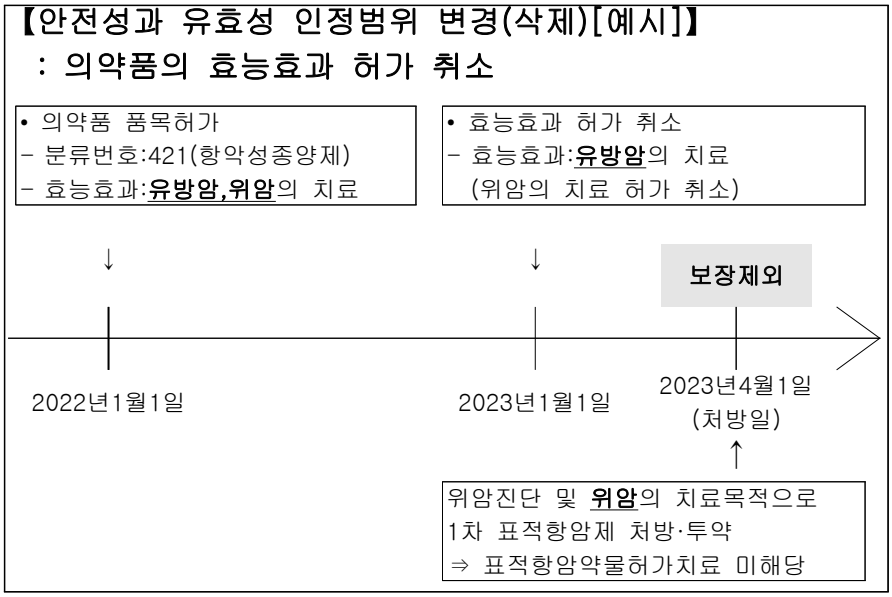
【표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위】



2 제1조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【안전성과 유효성 인정범위 변경(추가)[예시]】
: 의약품의 효능효과 추가 허가





3 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 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 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

3 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

4 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여

야 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【 호르몬 관련 치료제】
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【 세포독성 항암제】
세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【 생물학적 반응 조절제】
생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내 】
표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표3(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안정성과 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 제5조의2제1항에 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 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)
이 특별약관에 있어 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타 피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
③ 표적항암약물허가치료 증명서
㉠ 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야

합니다)

㉮ 진단명

㉯ 투약한 약제의 제품명

㉰ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

㉱ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

㉡ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】 ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원 2. 조산원 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(특별약관의 무효)

1 회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 「계약전환 특별약관」에서 정한 방법에 따라 전환한 경우에는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)를 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은

그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-12. 갱신형 체외충격파쇄석술치료비 (급여,연간1회한) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로「체외충격파쇄석술(급여)」을 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 체외충격파쇄석술치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
체외충격파쇄석술(급여)치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

2 제1항에서「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른「체외충격파쇄석술(급여)」을 받은 경우에도 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 체외충격파쇄석술치료비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(체외충격파쇄석술치료비(급여)의 정의)

1 이 특별약관에서「체외충격파쇄석술(급여)」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다.)가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
체외충격파쇄석술 [신, 요관, 방광결석 또는 담석, 췌석]	R3504~ R3508

【체외충격파쇄석술(ESWL)】 몸 밖에서 높은 에너지의 충격파를 콩팥이나 요관결석에 집중적으로 쏘아, 결석이 서서히 부서지게 만들고, 소변과 함께 자연 배출되게 하는 치료법으로 몸에 상처를 입히지 않는 비침습적 시술을 말하며, 근골격계질환에서 주로 시행되는 체외충격파치료술(ESWT)은 제외됩니다.

2 제1항의「체외충격파쇄석술(급여)」은「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하'요양급여'라 합니다) 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하'의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

3 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

4 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「체외충격파쇄석술(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「체외충격파쇄석술(급여)」의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해

당 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(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】 수가코드는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제1절 일반조항 제8조 제5항
및 제35조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금	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%)
해지환급금 (특별약관 제1조 일반조항 제35조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.

주2) 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.

주3) 가산이율 적용시 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	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

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준

질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 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.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표3】

표적항암제 해당 의약품명 및 성분명

1. 아래 「표적항암제」 해당 의약품명 및 성분명은 2019년 8월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 「표적항암제」 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 aflibercept	잘트랩주25mg/ml(애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염 alectinib	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 afatinib	지오트립정20밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정30밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조밉삼합체 bortezomib	벨조밉주1밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨케이드주(보르테조밉삼합체)
		벨킨주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨킨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		보테벨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조벨주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메틱스정20밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정40밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조밉 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조밉)
		키프롤리스주60밀리그램(카르필조밉)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	코비메티닙 cobimetinib	코텔릭정20밀리그램(코비메티닙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
10	크리조티닙 crizotinib	잴코리캡슐200밀리그램(크리조티닙)
		잴코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
11	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
12	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정20밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정50밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정70밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
13	엘로티닙염산염 erlotinib	광동엘로티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		광동엘로티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		디쎄바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		디쎄바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로팁정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용)
		엘로팁정150밀리그램(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)
15	게피티니브 gefitinib	레피사정(게피티니브)
		스펙사정250밀리그램(게피티니브)
		이레사정(게피티니브)
		이레티닙정250밀리그램(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		제피티닙정(게피티니브)
16	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
17	이매티닙메실산염 imatinib	글로팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		유니팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매티퀄정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
18	익사조밉 시트레이트 ixazomib	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐4밀리그램(익사조밉시트레이트)
19	라파티닙 티토실레이트 lapatinib	타이커브정250밀리그램(라파티닙디토실레이트)
20	렌바티닙메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
21	닐로티닙 염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
22	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립)
23	올무티닙 염산염일수화물 olmutinib	올리타정200밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
		올리타정400밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
24	오시머티닙 osimertinib	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
25	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐100mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
26	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
27	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
28	라도티닙염산염 radotinib	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
29	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
30	룩소리티닙 인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
31	소라페닙토실레이트 (미분화) sorafenib	넥사바정200밀리그램 (소라페닙토실레이트(미분화))
32	수니티닙말산염 sunitinib	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
33	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
34	트라메티닙 디메틸설폭시드 trametinib	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
35	반데타닙 vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
36	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
37	비스모데깁 vismodegib	에리벳지캡슐150밀리그램(비스모데깁)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
38	파노비노스타트락트산염 panobinostat	파리닥캡슐10밀리그램(파노비노스타트락트산염)
		파리닥캡슐15밀리그램(파노비노스타트락트산염)
		파리닥캡슐20밀리그램(파노비노스타트락트산염)
39	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐2.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐7.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐10mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐20mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐25mg(레날리도마이드)
		레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		레날리드정(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		알보젠레날리도마이드캡슐5밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐10밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐15밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐25밀리그램
40	보리노스타트 vorinostat	졸린자캡슐100밀리그램(보리노스타트)
41	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
42	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
43	니라파립토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
44	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
45	트라스투주맙엠탄신 trastuzumabemtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
46	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넷주150밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴주150밀리그람(트라스투주맙) (단클론항체,유전자재조합)
		허셉틴주440밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맙)
		허쥬마주150mg(트라스투주맙) (단클론항체,유전자재조합)
		허쥬마주440mg(트라스투주맙) (단클론항체,유전자재조합)
47	올라라투맙 olaratumab	라트루보주10밀리그램/밀리리터 (올라라투맙,유전자재조합)
48	오비누투주맙 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙,유전자재조합)
49	엘로투주맙 elotuzumab	엠플리시티주300밀리그램 (엘로투주맙,유전자재조합)
		엠플리시티주400밀리그램 (엘로투주맙,유전자재조합)
50	실툭시맙 siltuximab	실반트주100밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
		실반트주400밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
51	세툭시맙 cetuximab	얼비툭스주5mg/mL(세툭시맙)
52	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주35마이크로그램 (블리나투모맙,유전자재조합)
53	브렌툭시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
54	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
55	리툭시맙 rituximab	맙테라주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
		맙테라피하주사(리툭시맙)(유전자재조합)
		트룩시마주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
56	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터 (라무시루맙,유전자재조합)
57	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
58	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
59	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙,유전자재조합)
60	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
61	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램
		탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드)
		탈로다캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈로다캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
62	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
63	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리무맙,유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터 (이필리무맙,유전자재조합)
64	더발루맙 durvalumab	임핀지주(더발루맙)
65	이노투주맙 오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
66	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
67	테르토모타이드 염산염 tertomotide	리아백스주(테르토모타이드염산염)
68	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정100밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정150밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
69	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)

3. 성분명은 「효능효과」를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
4. 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
5. 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 「표적항암제」 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

【별표4】

갑상선특정질환 분류표

1. 약관에 규정하는 갑상선특정질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
갑상선의 양성 신생물	D34
기타 비독성 고이터	E04

대상질병분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

유방특정질환 분류표

1. 약관에 규정하는 유방특정질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
유방의 양성 신생물	D24
양성 유방형성이상	N60

대상질병분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】

자궁근종 분류표

1. 약관에 규정하는 자궁근종으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
자궁의 평활근종	D25

대상질병분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표7】

특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명

1. 아래「특정면역항암제」해당 의약품명 및 성분명은 2022년 5월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의「특정면역항암제」해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

작용기전분류	성분명 (국문·영문)	의약품명(국문)
면역관문억제제	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙,유전자재조합)
	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리무맙,유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터 (이필리무맙,유전자재조합)
	더발루맙 durvalumab	임핀지주(2.4mL)(더발루맙)
		임핀지주(10mL)(더발루맙)
	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
항체약물중합체항암치료제	트라스투주맙엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주100밀리그램 (트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램 (트라스투주맙엠탄신)
	브렌툭시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
	이노투주맙오조가마이신 inotuzumab ozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
	겜투주맙오조가마이신 gemtuzumab ozogamicin	마일로탁주4.5mg
	폴라투주맙베도틴	폴라이비주

	Polatuzumab Vedotin	
카티항암치료제	티사젠렉류셀 tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)

3. 성분명은「효능효과」를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호 안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
4. 의약품은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
5. 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다.「특정면역항암제」해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

무배당 갱신형 검사비보장
특별약관2204

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

○ 갱신형 보장

- 자동갱신 적용대상 특별약관의 보험기간은 5년만기 또는 10년만기(단, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 5년 또는 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초가입 후 5년 또는 10년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【자동갱신 적용대상특약의 보험기간(예시)】

42세 피보험자가 갱신종료보험나이를 80세로 하여 5년만기 갱신형 보장을 가입하는 경우

- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 위험률의 변동 등)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

- 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 계약일부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암진단일이 계약일부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려

받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 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.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 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 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

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 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

8. 계약 전 알릴 의무

1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

2) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알리셔야 합니다.

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

○ 약관
계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권
계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자
회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자
보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자
보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료
계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ 보험금
피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간
계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일
회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일
계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

○ 책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

○ 해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 갱신형 검사비보장 특별약관2204(이하 「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험 수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

용어	정의
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국표준질병사인분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+) : 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*) : 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균 공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균 공시이율은 2.25%입니다.
해지 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【 연단위 복리 】
회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. 원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때 - 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원 - 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일,'관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 계약의 보험금의 지급사유는 제2절 보상조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 계약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보상조항에서 정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【 심신상실 】 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계산서 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.

【의료법 제3조(의료기관)】 ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원 2. 조산원 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제8조(보험금의 지급절차)
1 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내

에 보험금을 지급합니다.

2 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

① 소송제기
② 분쟁조정 신청
③ 수사기관의 조사
④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
⑥ 제2절 보상조항 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】
분쟁조정 신청은 이 약관의「분쟁의 조정」조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3 제2항에 따라 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 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】
보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

5 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지

급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
6 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
7 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)
1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
2 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)
1 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
2 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)
보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】
법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제12조(대표자의 지정)
1 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
2 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
3 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】
계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】
2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】
상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야

하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】
계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제14조(알릴 의무 위반의 효과)
1 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
2 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또

는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)

⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항에 따른 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 등으로 알려 드립니다.

5 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

6 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

7 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제15조(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 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

1 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

2 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【 보험가입금액 제한 】 피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다. 【 일부보장 제외(부담보) 】 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다. 【 보험금 삭감 】 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다. 【 보험료 할증 】 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

3 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가

제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
6 제5항의「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
7 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)
1 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】 전문금융소비자가 아닌 계약자를 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 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하'서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리

며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조(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

【약관의 중요한 내용예시】
- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 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

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요

한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】 전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】 계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다. **【 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 】** "전자서명"이라 함은 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다. 가. 서명자의 신원 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우

② 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

5 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제19조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사

람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】
심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제20조(계약내용의 변경 등)
1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
① 보험종목
② 보험기간
③ 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
④ 계약자, 피보험자
⑤ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용
2 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】
계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

3 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
4 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게

지급합니다.

【 감액 】
보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해지환급금도 줄어듭니다)

5 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
6 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조(보험나이 등)
1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
3 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】
생년월일 : 1988년 10월 2일 현재(계약일) : 2022년 4월 14일 ⇒ 2022년 4월 14일 - 1988년 10월 2일 = 33년 6월 12일 = 34세

【계약해당일】
최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일 -> 계약해당일 : 10월 1일 예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일 -> 계약해당일 : 2월 말일

제22조(특별약관의 소멸)
이 계약의 특별약관의 소멸사유는 제2절 보상조항에서 정합니다.

제23조(특별약관의 자동갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 보험증권에 기재된 보험기간으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

2 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제25조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제23조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자

에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

3 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

① 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 제14조(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.

제27조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)
주계약의 보장보험료의 납입이 면제된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 면제하지 않습니다.

제28조(보험료의 자동대출납입)
1 계약자는 제29조(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 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】
보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험상품의 해지환급금 범위내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제29조(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 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

【 납입최고(독촉) 】
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와

계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【 부활(효력회복) 】
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

4 부활(효력회복)시「암」에 대한 보장은 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해지환급금 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 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

2 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

5 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게

통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.
또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
2 제1항에도 불구하고 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우, 출생예정일 이후 해지하였으나 태아가 출생 전이면 출생예정일 이후에 해당하는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
3 제2항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의「태아가 출생하기 전」임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.
4 제19조(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 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급

금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의1(위법계약의 해지)

1 계약자는「금융소비자보호에 관한 법률」제47조 및 관련 규정이 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 제35조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사 할 수 있습니다.

【위법계약】 금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제33조(중대사유로 인한 해지)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【 예시 】
입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제34조(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 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해지환급금)
1 이 약관에 따른 해지환급금은「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
2 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
3 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
4 제32조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제36조(보험계약대출)
1 계약자는 이 계약의 해지환급금 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, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조(배당금의 지급)
회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제38조(분쟁의 조정)
1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제39조(관할법원)
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제40조(소멸시효)
보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2022년 4월 1일에 발생하였음에도 2025년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제41조(약관의 해석)

1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【 신의성실의 원칙 】 권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항) 【 민법 제2조(신의성실) 제1항 】 ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

3 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제42조(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.

제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우

② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

3 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

4 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

5 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경 시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】 사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제45조(개인정보보호)

1 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없

이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조(준거법)
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제47조(예금보험에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】
예금자보호제도란 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.
이 계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)
예금자보호 한도는 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1인당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

제2절 보상조항

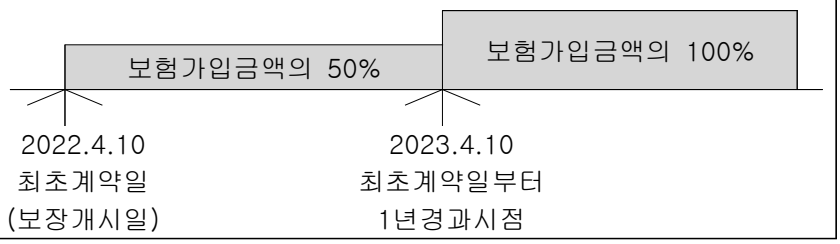
2-1. 갱신형 3대질환 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「3대질환」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제4조(MRI촬영(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「MRI촬영(급여)」을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 3대질환 MRI촬영검사비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
3대질환 MRI촬영(급여)시 (연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【3대질환 MRI촬영검사비[예시]】



2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 3대질환 MRI촬영검사비 지급사유에 해당된 때에는 연간1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 3대질환 MRI촬영검사비로 지급합니다.

3 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 MRI촬영(급여)를 받은 경우에도 1회의 3대질환 MRI촬영검사비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금

지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(3대질환의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「3대질환」이라 함은「암(유사암제외)」,「유사암」,「뇌혈관질환」및「허혈성심장질환」을 총칭합니다.

2 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 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 특별약관에서「유사암」이라 함은「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.

4 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

5 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

6 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

7 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

8 이 특별약관에서「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병으로,【별표5(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

9 이 특별약관에서「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심장질환으로 분류되는 질병으로,【별표6(허혈성심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

⑩「3대질환」의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(MRI촬영(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서「MRI촬영(급여)」이라 함은 제1조(보험금 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위를 말합니다.

【자기공명영상(MRI)】 강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사 【의료행위】 의료행위란 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

② 제1항의「MRI촬영(급여)」은「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하'요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하'의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의「MRI촬영(급여)」은 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 급여 자기공명영상진단 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 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 촬영 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

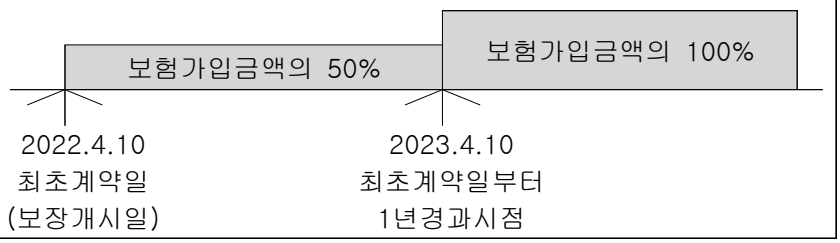
2-2. 갱신형 양전자단층촬영(PET)검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병 또는 상해의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제3조(양전자단층촬영(PET)(급여)의 정의 및 장소)에서 정한「양전자단층촬영(PET)(급여)」을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 양전자단층촬영(PET)검사비로 지급합니다. 다만, 아래의「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
양전자단층촬영(PET)(급여)시(연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【 양전자단층촬영(PET)검사비[예시] 】



2 제1항에도 불구하고 상해로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)가 발생한 경우에는 최초계약일로부터 1년경과시점 전일이전에도 이 특별약관의 보험가입금액 100%를 양전자단층촬영(PET)검사비로 지급합니다.

3 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 양전자단층촬영(PET)검사비 지급사유에 해당된 때에는 연간1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 양전자단층촬영(PET)검사비로 지급합니다.

4 제1항 및 제3항에서「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 양전자단층촬영(PET)(급여)을 촬영하는 경우에도 1회의 양전자단층촬영(PET)검사비만 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(양전자단층촬영(PET)(급여)의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서「양전자단층촬영(PET)(급여)」이라 함은 제1조(보험금 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 양전자방출단층촬영(PET)을 하는 의료행위를 말합니다.
2 제1항의「양전자단층촬영(PET)(급여)」은「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하'요양급여'라 합니다) 또는「의료급여법『에서 정한 의료급여(이하'의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.
3 제1항의「양전자단층촬영(PET)(급여)」은 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 양전자방출단층촬영 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.
4 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.
5 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 양전자방출단층촬영(PET)을 하는 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 촬영 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(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(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제1절 일반조항 제8조 제5항 및 제35조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금	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%)
해지환급금 (특별약관 제1조 일반조항 제35조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.

주2) 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.

주3) 가산이율 적용시 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증	D45
17. 골수형성이상증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준

질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 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.

【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.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표3】

제자리신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 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

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 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. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】

허혈성심장질환 분류표

1. 약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속 심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈성심장질환	I24
6. 만성허혈성심장병	I25

대상질병분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

무배당 갱신형 암 검사및치료추가보장 특별약관2204

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사 에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일, 유방암보장개시일은 계약일을 기준으로 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

○ 갱신형 보장

- 자동갱신 적용대상 특별약관의 보험기간은 3년만기, 5년만기 또는 10년만기(단, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년, 5년 또는 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초가입 후 3년, 5년 또는 10년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【자동갱신 적용대상특약의 보험기간(예시)】

42세 피보험자가 갱신종료보험나이를 80세로 하여 5년만기 갱신형 보장을 가입하는 경우

- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 위험률의 변동 등)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

- 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 계약일부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암진단일이 계약일부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중

요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 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.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 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 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

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 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

8. 계약 전 알릴 의무

1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

2) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시

변경내용을 회사에 알리셔야 합니다.

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

○ 약관
계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권
계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자
회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자
보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자
보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료
계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ 보험금
피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간
계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일
회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일
계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액
보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등

을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

○ 책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

○ 해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 갱신형 암 검사및치료추가보장 특별약관2204(이하「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험 수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

용어	정의
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국표준질병사인분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+) : 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*) : 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균 공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.25%입니다.
해지 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【 연단위 복리 】
회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. 원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때 - 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원 - 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일,'관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 계약의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 계약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【 심신상실 】 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)
이 계약의 보험금의 청구는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제8조(보험금의 지급절차)
1 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
2 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 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(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
① 소송제기
② 분쟁조정 신청
③ 수사기관의 조사
④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
⑥ 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【 분쟁조정 신청 】 분쟁조정 신청은 이 약관의「분쟁의 조정」조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

3 제2항에 따라 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 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】 보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

5 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
6 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
7 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
2 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복

리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

1 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

2 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】 법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제12조(대표자의 지정)

1 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

2 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

3 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【 계약자가 2명 이상인 경우 】 계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다. 【 연대】 2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 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

【 계약 전 알릴 의무 】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】
계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

2 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때

② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)

⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항에 따른 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 등으로 알려 드립니다.
5 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
6 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
7 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제15조(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 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)
1 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
2 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【 보험가입금액 제한 】 피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다. 【 일부보장 제외(부담보) 】 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위

한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【 보험금 삭감 】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【 보험료 할증 】
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

3 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

6 제5항의「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을

청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)

1 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】 전문금융소비자가 아닌 계약자를 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 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하'서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

5 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

6 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조(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

【약관의 중요한 내용예시】
- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 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

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】
전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자

가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】 계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다. 【 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 】 "전자서명"이라 함은 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다. 가. 서명자의 신원 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
② 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

5 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제19조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌

자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제20조(계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

① 보험종목
② 보험기간
③ 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
④ 계약자, 피보험자
⑤ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

2 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

3 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

4 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

【 감액 】 보험료, 보험금, 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해지환급금도 줄어듭니다)

5 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

6 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로

합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
3 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】 생년월일 : 1988년 10월 2일 현재(계약일) : 2022년 4월 14일 ⇒ 2022년 4월 14일 - 1988년 10월 2일 = 33년 6월 12일 = 34세

【계약해당일】 최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일 -> 계약해당일 : 10월 1일 예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일 -> 계약해당일 : 2월 말일

제22조(특별약관의 소멸)
이 계약의 특별약관의 소멸사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제23조(특별약관의 자동갱신)
1 이 특별약관의 보험기간은 보험증권에 기재된 보험기간으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.
2 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.
① 갱신될 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
③ 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)

와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

2 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제25조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제23조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하

기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】 회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

3 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

① 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 제14조(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.

제27조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)

주계약의 보장보험료의 납입이 면제된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 면제하지 않습니다.

제28조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제29조(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 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을

신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】 보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험상품의 해지환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제29조(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 다음

날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

【 납입최고(독촉) 】
약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【 부활(효력회복) 】
보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

4 부활(효력회복)시 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 제2절 보장조항에서 정한 암보장개시일을 적용합니다.

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해지환급금 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 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
2 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
5 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.
또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

2 제19조(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 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의1(위법계약의 해지)

1 계약자는「금융소비자보호에 관한 법률」제47조 및 관련 규정이 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 제35조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

5 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사 할 수 있습니다.

【위법계약】 금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제33조(중대사유로 인한 해지)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【 예시 】
입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제34조(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 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해지환급금)

1 이 약관에 따른 해지환급금은「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

2 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

3 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

4 제32조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제36조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해지환급금 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, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
3 제2항에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조(배당금의 지급)
회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제38조(분쟁의 조정)
1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제39조(관할법원)
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제40조(소멸시효)
보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해지환급금청구권 및 책임준비금반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2022년 4월 1일에 발생하였음에도 2025년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제41조(약관의 해석)
1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【 신의성실의 원칙 】
권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【 민법 제2조(신의성실) 제1항 】
① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
3 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제42조(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.

제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)
1 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는

변경된 내용을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우
3 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
4 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
5 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】
사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제45조(개인정보보호)
1 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조(준거법)
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제47조(예금보험에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】
예금자보호제도란 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.
이 계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)
예금자보호 한도는 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 보험금 또는 환급금 등을 합하여 1인당 최고 5천만원이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

제2절 보장조항

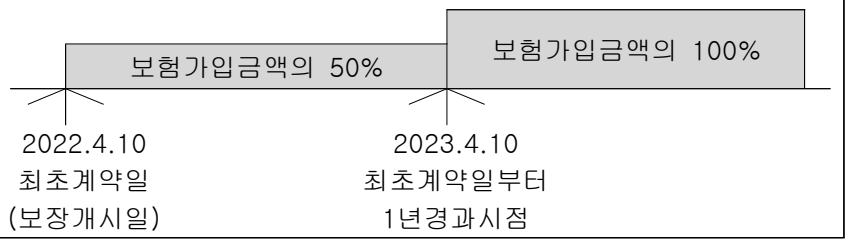
2-1. 갱신형 특정생검조직병리검사비(급여,연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병 또는 상해의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제3조(특정생검 조직병리검사(급여)의 정의 및 진단확정)에서 정한「특정생검조직병리검사(급여)」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정생검조직병리검사비로 지급합니다. 다만, 아래의「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
특정생검 조직병리검사 (급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【 특정생검조직병리검사비[예시] 】



2 제1항에도 불구하고 상해로 인하여 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 최초계약일로부터 1년경과시점 전일이전에도 이 특별약관의 보험가입금액 100%를 특정생검조직병리검사비로 지급합니다.

3 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 특정생검조직병리검사비로 지급합니다.

4 제1항 및 제3항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른「특정생검조직병리검사(급여)」를 받은 경우에도 1회의 특정생검조직병리검사비만 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정생검조직병리검사(급여)의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서「특정생검조직병리검사(급여)」이라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 아래의「진료행위코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대 상 항 목	진료행위 코드
갑상선생검-침생검	C8591
갑상선생검-관혈적생검	C8592
골생검(침생검)	C8581
골생검(절개생검)-척추골	C8582
골생검(절개생검)-기타부위	C8583
골수천자생검[편측]	C8520
절개생검(심부[장기절개생검])-개흉에의한것	C8533
절개생검(심부[장기절개생검])-개복에의한것	C8534
전립선생검-경피적	C8551
전립선생검-관혈적	C8552

【침생검(Needle Biopsy)】
종양 또는 이상이 의심되는 부위로 바늘을 찔러 조직이나 액체를 채취하는 조직검사 방법

【절개생검(Incisional Biopsy)】
조직 채취만을 목적으로 종양 또는 이상이 의심되는 부위를 절개하여 직접 조직을 채취하는 조직검사 방법

2 제1항의「특정생검조직병리검사(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하'요양급여'라 합니다) 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하'의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 생검료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.
3 제1항의「특정생검조직병리검사(급여)」는 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 급여「제2부 제2장 검사료의 일반생검」분류번호 및 코드에 해당하는 의료

행위를 받은 경우를 말합니다.
4 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.
5 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「특정생검조직병리검사(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 검사 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(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(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【수가코드】 수가코드는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

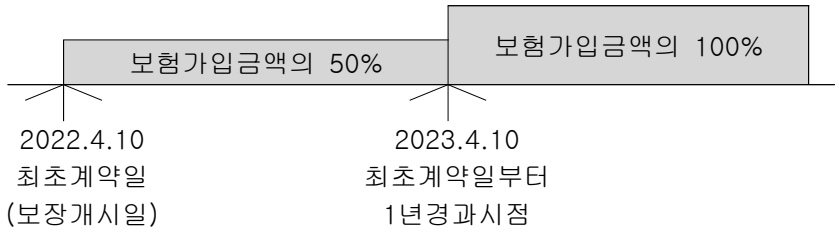
2-2. 갱신형 특정NGS유전자패널검사비 (급여,연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로「특정NGS유전자패널검사(급여)」를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정NGS유전자패널검사비로 지급합니다. 다만, 아래의「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
특정NGS유전자 패널검사(급여)시 (단, 연간1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【 특정NGS유전자패널검사비[예시] 】



2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한「특정NGS유전자패널검사(급여)」를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정NGS유전자패널검사비로 지급합니다.

3 제1항 및 제2항에서「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른「특정NGS유전자패널검사(급여)」를 받은 경우에도 1회의 특정NGS유전자패널검사비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속

전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정NGS유전자패널검사(급여)의 정의)

1 이 특별약관에서「특정NGS유전자패널검사(급여)」라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사로 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 아래의「진료행위코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대 상 항 목	진료행위 코드
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level I	CB003
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level II	CB004
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level I	CB005
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level II	CB006

[차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사]
차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사는 기존 단일 유전자 검사(Sanger sequencing)와 달리 한번에 수십에서 수백개의 유전자를 하나의 패널로 구성하여 유전자 분석을 하는 검사를 말합니다.

2 제1항의「특정NGS유전자패널검사(급여)」는「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」고시 제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리) 및 별표3(실시조건)에 근거한「차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관」으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.

3 제1항의「특정NGS유전자패널검사(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하'요양급여'라 합니다) 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하'의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

4 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또

는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

5 제4항에도 불구하고 제1항에서 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 보장하는 의료행위 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)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【수가코드】 수가코드는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

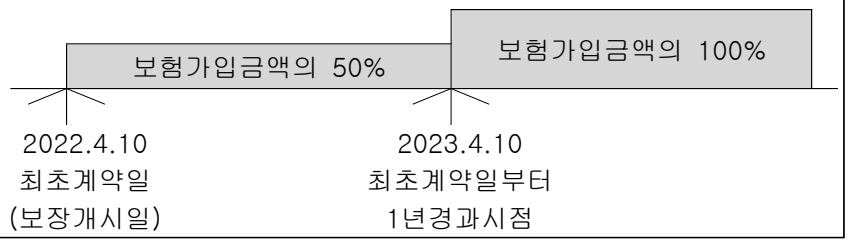
2-3. 갱신형 암 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「암(유사암제외)」또는「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제4조(MRI촬영(급여)의 정의 및 장소)에서 정한「MRI촬영(급여)」을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 암 MRI촬영검사비로 지급합니다. 다만, 아래의「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암으로 MRI촬영(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【 암 MRI촬영검사비[예시] 】



2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 암 MRI촬영검사비 지급사유에 해당된 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 암 MRI촬영검사비로 지급합니다.

3 제1항 및 제2항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른「MRI촬영(급여)」를 받은 경우에도 1회의 암 MRI촬영검사비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 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 특별약관에서「유사암」이라 함은「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.

3 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

4 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

5 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

6 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

7「암(유사암제외)」및「유사암」의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(MRI촬영(급여)의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서「MRI촬영(급여)」이라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위를 말합니다.

【자기공명영상(MRI)】
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

【의료행위】
의료행위란 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

2 제1항의「MRI촬영(급여)」은「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하'요양급여'라 합니다) 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하'의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.
3 제1항의「MRI촬영(급여)」은 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 급여 자기공명영상진단 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.
4 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.
5 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 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 촬영 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【수가코드】
수가코드는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

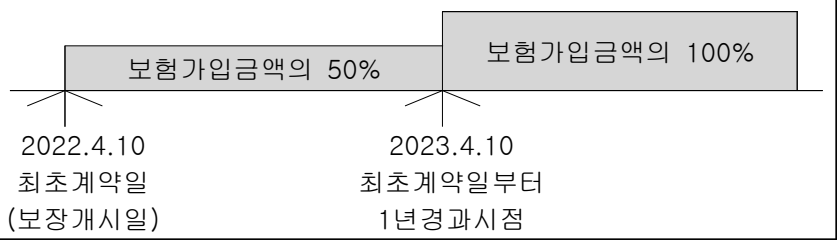
2-4. 갱신형 암 양전자단층촬영(PET)검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제4조(양전자단층촬영(PET)(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「양전자단층촬영(PET)(급여)」을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 암 양전자단층촬영(PET)검사비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암으로 양전자단층촬영(PET)(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【 암 양전자단층촬영(PET)검사비[예시] 】



2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 암 양전자단층촬영(PET)검사비 지급사유에 해당된 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 암 양전자단층촬영(PET)검사비로 지급합니다.

3 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「양전자단층촬영(PET)(급여)」을 촬영하는 경우에도 1회의 암 양전자단층촬영(PET)검사비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 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 특별약관에서「유사암」이라 함은「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.

3 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

4 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

5 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

6 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

7「암(유사암제외)」 및 「유사암」의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(양전자단층촬영(PET)(급여)의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서「양전자단층촬영(PET)(급여)」이라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에

양전자방출단층촬영(PET)을 하는 의료행위를 말합니다.
2 제1항의「양전자단층촬영(PET)(급여)」은「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하'요양급여'라 합니다) 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하'의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.
3 제1항의「양전자단층촬영(PET)(급여)」은 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 양전자방출단층촬영 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.
4 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.
5 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 양전자방출단층촬영(PET)을 하는 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 촬영 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【수가코드】 수가코드는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-5. 갱신형 암진단비(항암식단서비스)보장 특별약관

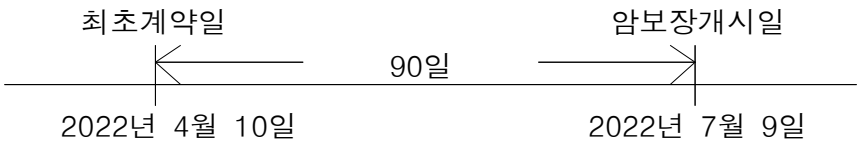
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에「암(유사암제외)」또는「유사암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암진단비(항암식단서비스)로 지급합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「암(유사암제외)」또는「유사암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 암진단비(항암식단서비스)를 지급합니다. 다만, 제8조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 암진단비(항암식단서비스)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

3 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외) 및 유사암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 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 특별약관에서「유사암」이라 함은「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.
3 제2항의「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
4 제2항의「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
5 제2항의「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
6 제2항의「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
7「암(유사암제외)」및「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암(유사암제외)」및「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(유사암제외)」및「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
8 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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.

제4조의1(항암식단서비스의 제공)

1 회사는 피보험자에게 이 특별약관의 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유)가 발생한 경우 회사가 보험수익자에게 지급하여야 할 암진단비(항암식단서비스)를 대신하여 제4조의2(항암식단서비스의 정의)에서 정한 항암식단서비스를 제휴회사를 통해 보험수익자에게 제공합니다.

2 제1항에 따라 제휴회사가 항암식단서비스를 제공한 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(항암식단서비스)를 지급하지 않습니다.

3 제1항에도 불구하고 보험수익자가 현금으로 지급받기를 원하거나, 회사가 부득이한 이유로 항암식단서비스를 제공할 수 없는 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하고 항암식단서비스를 제공하지 않습니다.

제4조의2(항암식단서비스의 정의)

1 이 특별약관에서 항암식단서비스란【별표5(항암식단서비스 세부내용)】에서 정한 사항으로 제휴회사가 직접 보험수익자에게 제공하는 것을 말합니다.

2 제1항에서 제휴회사라 함은 회사와 항암식단서비스에 대한 업무협약을 체결하고, 항암식단서비스의 제공의무를 지는 자를 말합니다.

3 보험수익자가 제1항에서 정한 항암식단서비스 이외의 추가 서비스를 이용하거나 제휴회사가 제공하는 횟수를 초과하여 이용하는 경우 해당 비용은 제휴회사에 별도로 부담하여야 합니다.

4 제1항의 항암식단서비스 세부내용은 향후 물가상승, 생활환경변화, 항암식단서비스 단가상승 및 제휴회사가 보험수익자에게 제공하는 이용약관 변경 등을 고려하여 다른 서비스로 변경 될 수 있으며, 이 경우 회사 또는 제휴회사는 이 변경 내용을 계약자에게 안내합니다.

5 제1항 및 제3항에도 불구하고 보험수익자가 항암식단서비스를 이용할 수 없거나 항암식단서비스의 일부를 이용하고 중지를 신청한 경우 제휴회사는 보험금에서 제휴회사의 이용약관에 따라 그때까지 항암식단서비스에 대한 비용을 차감하여 지급합니다. 이 경우 서비스 비용은 회사와 제휴회사가 업무협약을 맺은 환불가격에 따릅니다.

제5조(특별약관의 효력)
제휴회사가 항암식단서비스를 전부 제공한 경우 보험수익자에 대한 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

제6조(특별약관의 무효)
회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암(유사암제외)」또는「유사암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)
1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(항암식단서비스) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이

특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

제9조(보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)
이 보장조항에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 특별약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외한다.

2-6. 갱신형 폴립및양성종양수술비(1~6종)(급여,연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 목적으로 【별표6】 에서 정한 「폴립및양성종양수술(급여)」을 받은 경우 보험수익자에게 아래의 금액을 폴립및양성종양수술비로 지급합니다. 다만, 수술부위, 수술대상 폴립및양성종양 개수, 수술횟수와 관계없이 수술종별로 각각 연간 1회에 한하여 보장합니다. 아래의 「최초계약일부터 90일경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말하며, 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액		
	최초 계약일부터 90일경과시점 전일 이전	최초계약일부터 90일경과시점 이후 최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
1종 수술	폴립및양성종양수술비(1종) 보험가입금액의 10%	폴립및양성종양수술비(1종) 보험가입금액의 50%	폴립및양성종양수술비(1종) 보험가입금액의 100%
2종 수술	폴립및양성종양수술비(2종) 보험가입금액의 10%	폴립및양성종양수술비(2종) 보험가입금액의 50%	폴립및양성종양수술비(2종) 보험가입금액의 100%
3종 수술	폴립및양성종양수술비(3종) 보험가입금액의 10%	폴립및양성종양수술비(3종) 보험가입금액의 50%	폴립및양성종양수술비(3종) 보험가입금액의 100%
4종 수술	폴립및양성종양수술비(4종) 보험가입금액의 10%	폴립및양성종양수술비(4종) 보험가입금액의 50%	폴립및양성종양수술비(4종) 보험가입금액의 100%
5종 수술	폴립및양성종양수술비(5종) 보험가입금액의 10%	폴립및양성종양수술비(5종) 보험가입금액의 50%	폴립및양성종양수술비(5종) 보험가입금액의 100%
6종 수술	폴립및양성종양수술비(6종) 보험가입금액의 10%	폴립및양성종양수술비(6종) 보험가입금액의 50%	폴립및양성종양수술비(6종) 보험가입금액의 100%

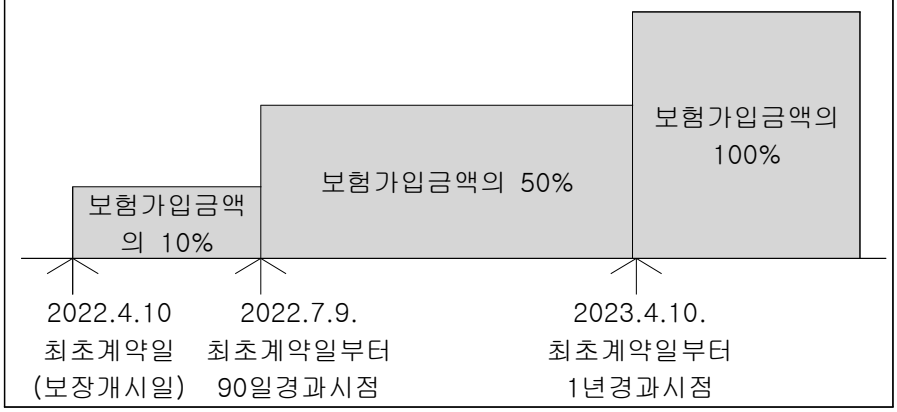
2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자

에게 아래의 금액을 폴립및양성종양수술비로 지급합니다. 다만, 수술부위, 수술대상 폴립및양성종양 개수, 수술횟수와 관계없이 수술종별로 각각 연간 1회에 한하여 보장합니다.

구분	지급금액
1종 수술	폴립및양성종양수술비(1종) 보험가입금액의 100%
2종 수술	폴립및양성종양수술비(2종) 보험가입금액의 100%
3종 수술	폴립및양성종양수술비(3종) 보험가입금액의 100%
4종 수술	폴립및양성종양수술비(4종) 보험가입금액의 100%
5종 수술	폴립및양성종양수술비(5종) 보험가입금액의 100%
6종 수술	폴립및양성종양수술비(6종) 보험가입금액의 100%

3 제1항 및 제2항에서「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【폴립및양성종양수술비[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(폴립및양성종양수술(급여) 정의)

1 이 특별약관에서「폴립및양성종양수술(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 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에【별표6(폴립및양성종양수술(급여,1~6종) 분

류표)】에서 정한「진료행위코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

2 제1항의「폴립및양성종양수술(급여)」은「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하「요양급여」라 합니다) 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

3 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

4 제3항에도 불구하고,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI))」필수기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【수가코드】 수가코드는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제6조(준용규정)
이 보장조항에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

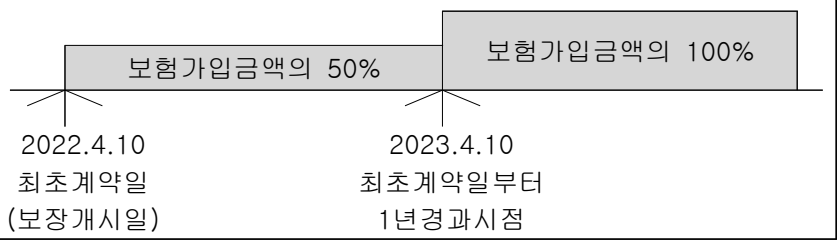
2-7. 갱신형 뇌정위적방사선수술비(급여,연간1회한) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 위하여「뇌정위적방사선수술(급여)」을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌정위적방사선수술비로 지급합니다. 다만,「뇌정위적방사선수술(급여)」을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다. 아래의「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
뇌정위적방사선수술(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌정위적방사선수술비[예시]】



2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 뇌정위적방사선수술비 지급사유에 해당된 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌정위적방사선수술비로 지급합니다. 다만,「뇌정위적방사선수술(급여)」을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.

3 제1항 및 제2항에서「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른「뇌정위적방사선수술(급여)」을 받은 경우에도 1회의 뇌정위적방사선수술비만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가

함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌정위적방사선수술(급여)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「뇌정위적방사선수술(급여)」이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사(치과의사 제외)면허를 가진 자(이하'의사'라 합니다)에 의하여 질병으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 아래의「진료행위코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다. 다만,「뇌정위적방사선수술(급여)」을 동반하지 않고 개두술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.

대 상 항 목	진료행위 코드
뇌정위적방사선수술-감마나이프이용 뇌정위적방사선수술-사이버나이프이용 뇌정위적방사선수술-선형가속기이용	HD113 HD114 HD115

2 제1항의「뇌정위적방사선수술(급여)」이외의「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 보장하지 않습니다.

【 제2항에서 보장하지 않는 수술의 예시 】

「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료료) 중 다음의 진료행위코드를 포함하여「뇌정위적방사선수술(급여)」에 해당하지 않는 진료행위는 보장하지 않습니다.

대 상 항 목	진료행위 코드
정위적 방사선 분할치료[1회당] 체부 정위적 방사선수술[1회당] - 선형가속기 이용 세기변조 방사선치료[1회당] …	HD110 HD111 HZ271 …

3 제1항의「뇌정위적방사선수술(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 뇌정위적방사선수술 항목에서 급여항목

이 발생한 경우로서「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.
4 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.
5 제4항에도 불구하고 제1항에서 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 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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 지급하여 드립니다.
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(O00~O99). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 제8차 한국표준질병.사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포

함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【수가코드】 수가코드는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-8. 갱신형 특정호르몬약물허가치료비보장 특별약관

이 특별약관은 아래의 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다. ① 특정항암호르몬약물허가치료비 ② 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비

제1조(보험금의 지급사유)

이 특별약관의 보험금의 지급사유, 보험금의 청구 등은 제2조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제2조(세부보장에 관한 사항)

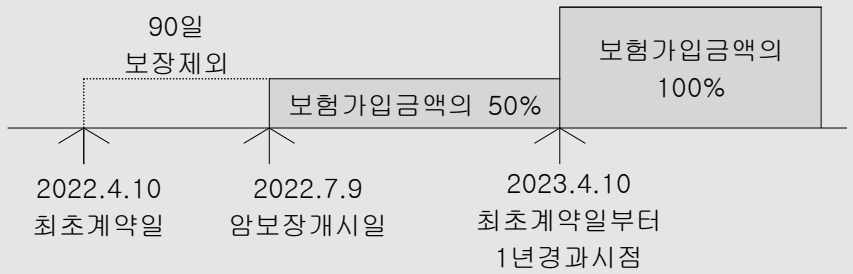
① 특정항암호르몬약물허가치료비

1.(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 보장책임의 보험기간 중 암보장개시일 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
특정항암 호르몬약물 허가치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	특정항암호르몬약물 허가치료비보장 보험가입금액의 50%	특정항암호르몬약물 허가치료비보장 보험가입금액의 100%

【특정항암호르몬약물허가치료비[예시]】
(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)



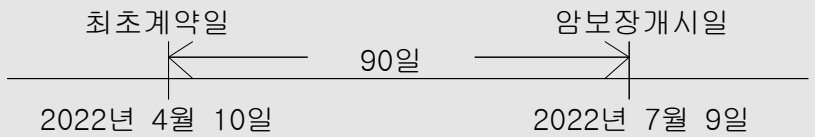
2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초

1회에 한하여 아래의 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
특정항암호르몬약물허가치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	특정항암호르몬약물허가치료비보장 보험가입금액의 100%

3 이 보장책임에서「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장책임의 갱신일을「암보장개시일」로 합니다.

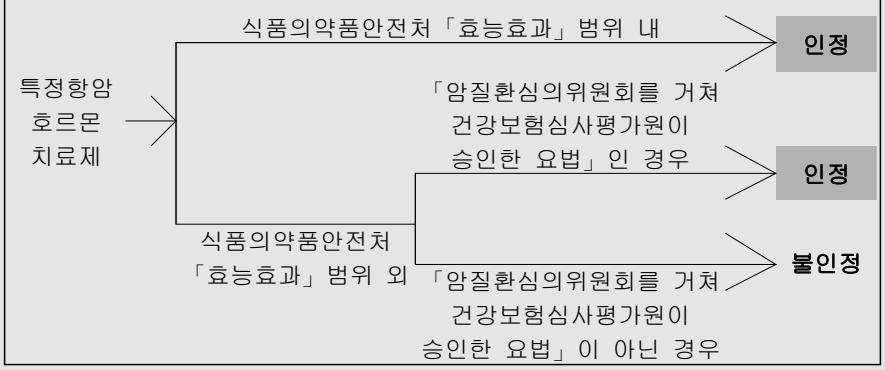
【암보장개시일[예시]】(단, 보험나이 15세이상인 경우)



2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

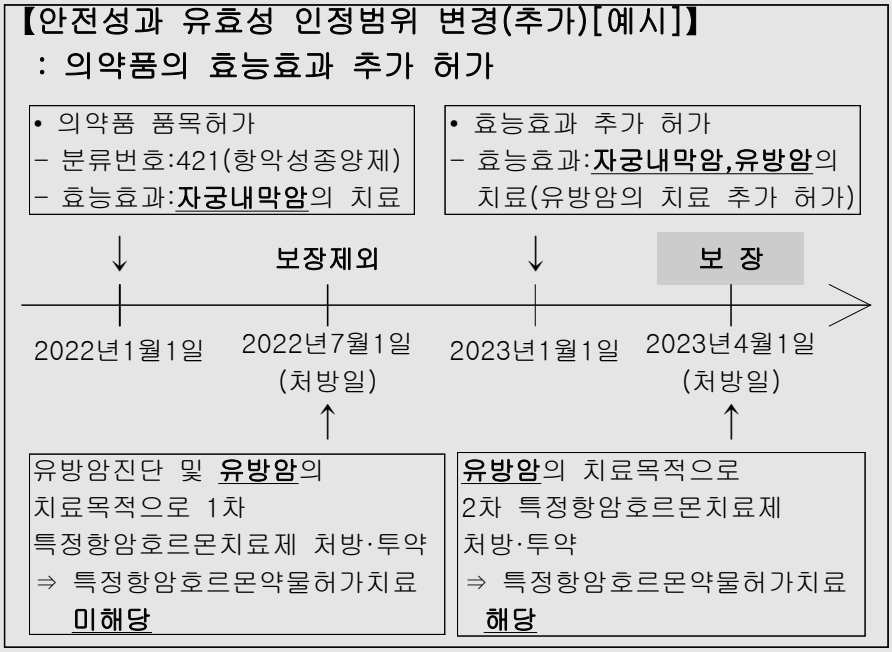
1 1.(보험금의 지급사유)의 특정항암호르몬약물허가치료비는「특정항암호르몬치료제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

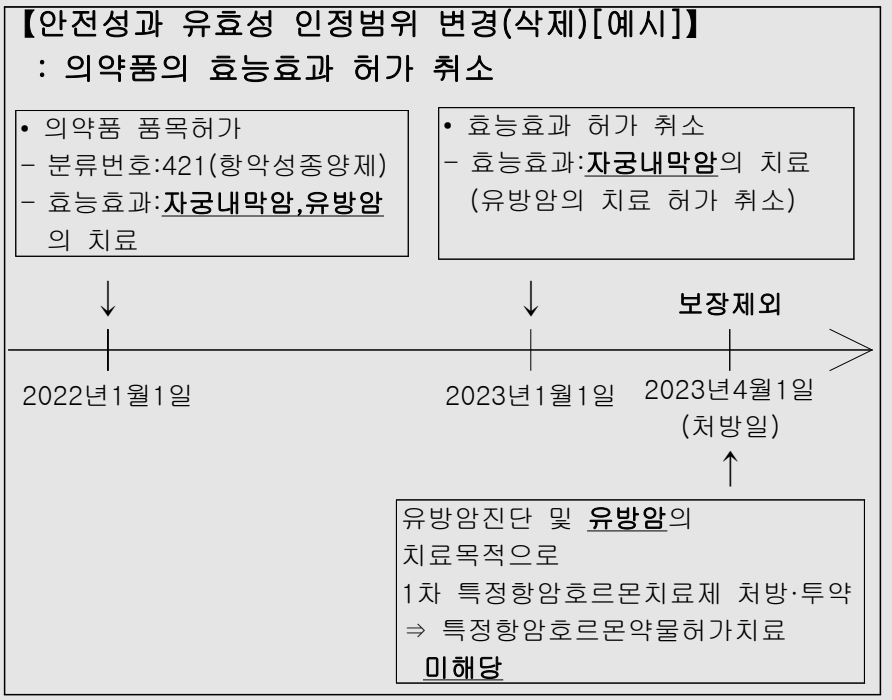
【특정항암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위】



2 1.(보험금의 지급사유)의「특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우」라 함은「특정항암호르몬치료제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 4.(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한「안전성과 유효성 인

정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





3 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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.(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

1 이 보장책임에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 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 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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.

4.(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의)

1 이 보장책임에서「특정항암호르몬치료제」란 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우, 개정 이전의 "항악성종양제"에 상응하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는

데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

【특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】
특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 8월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표7(특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 보장책임에서「특정항암호르몬약물허가치료」라 함은 5.(항암약물치료의 정의)에서 정한「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한「특정항암호르몬치료제」를「안전성과 유효성 인정 범위」내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된「효능효과」범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된「효능효과」범위 외 사용이지만,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

【 암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 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 규

정」에서「특정항암호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한「특정항암호르몬치료제」이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

5.(항암약물치료의 정의)

이 보장책임에 있어「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

6.(보장책임의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 보장책임을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장책임이 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.

7.(보장의 소멸)

1 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 특정항암호르몬약물허가 치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

3 제1항 이외의 사유로 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장책임의 책임준비금을 지급합니다.

8.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

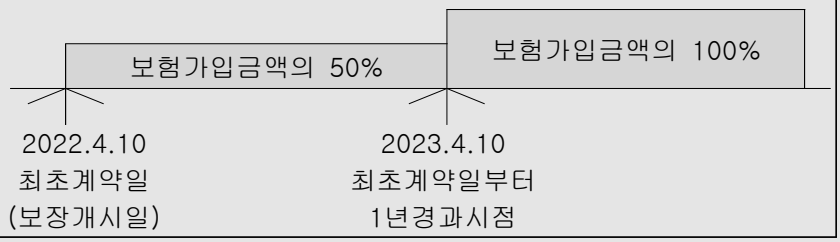
② 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비

1.(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 보장책임의 보험기간 중「갑상선암」으로 진단확정되고 그「갑상선암」의 치료를 목적으로 수술 후「갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
갑상선암 수술후 호르몬약물 허가치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	갑상선암수술후 호르몬약물 허가치료비보장 보험가입금액의 50%	갑상선암수술후 호르몬약물 허가치료비보장 보험가입금액의 100%

【갑상선암수술후호르몬약물허가치료비[예시]】



2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
갑상선암수술후 호르몬약물허가치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	갑상선암수술후 호르몬약물허가치료비보장 보험가입금액의 100%

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의「갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료」를 받은 경우라 함은「갑상선암」으로 수술을 받고, 그 결과로 인한 갑상선 기능 부전이나 갑상선암 재발 억제 등의 목적으로「갑상선 호르몬치료제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.

다만, 4.(갑상선 호르몬치료제 및 갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한「안전성과 유효성 인정범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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.(갑상선암의 정의 및 진단확정)
1 이 보장책임에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 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 합니다. 또한, 회사가「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
3 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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.

4.(갑상선 호르몬치료제 및 갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료의 정의)

1 이 보장책임에서「갑상선 호르몬치료제」란 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호「243(갑상선, 부갑상선호르몬제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우, 개정 이전의 "갑상선, 부갑상선호르몬제"에 상응하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 갑상선 호르몬 약제를 말합니다.

【갑상선 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】 갑상선 호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 8월 기준 갑상선 호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표8(갑상선 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 보장책임에서「갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료」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「갑상선 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「갑상선 호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한「갑상선 호르몬치료제」이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

5.(수술의 정의와 장소)

1 이 보장책임에서「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합

니다.

3 제1항의「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

4 제1항의 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) 등의 조치
③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
④ 미용성형 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 - 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상) - 절개 또는 배농술 - 도관삽입술 - 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술 - 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치 - 기타 이와 유사한 시술

⑧「항암방사선치료」,「항암약물치료」

5 제4항 제8호의「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제8호의「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압

노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외 합니다.

6.(보장의 소멸)
1 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
3 제1항 이외의 사유로 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장책임의 책임준비금을 지급합니다.

제3조(보험금의 청구)
1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
③ 특정호르몬약물허가치료 증명서
㉠ 특정호르몬약물허가치료 진단서 또는 특정호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
㉮ 진단명 및 수술명
㉯ 투약한 약제의 제품명
㉰ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
㉱ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
㉲ 처방목적(항암 목적 호르몬치료 관련성 여부, 갑상선암 수술후 기능부전 또는 재발 억제 관련성 여부)
㉡ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

각 세부보장에서 정한「보장의 소멸」조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

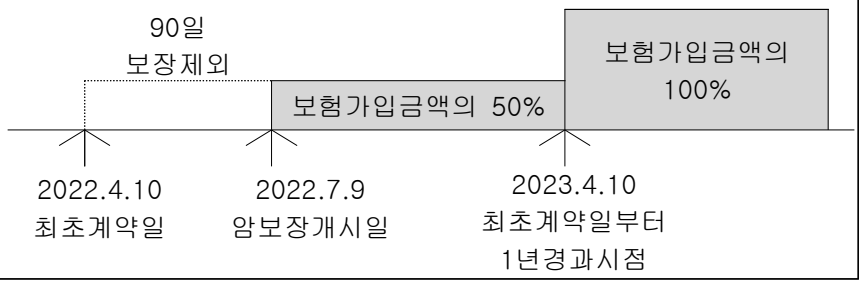
2-9. 갱신형 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
특정항암호르몬약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【특정항암호르몬약물허가치료비[예시]】
(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)



2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비로 지급합니다.

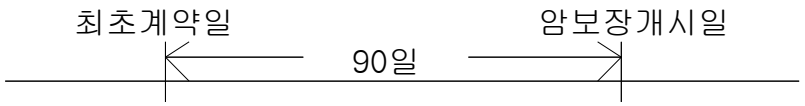
구 분	지급금액
특정항암호르몬약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

3 제1항에서「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

4 이 특별약관에서「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제

1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장책임의 갱신일을「암보장개시일」로 합니다.

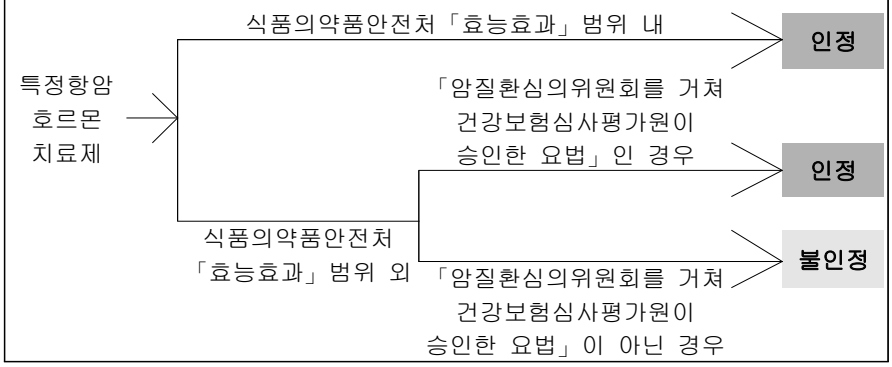
【암보장개시일[예시]】(단, 보험나이 15세이상인 경우)



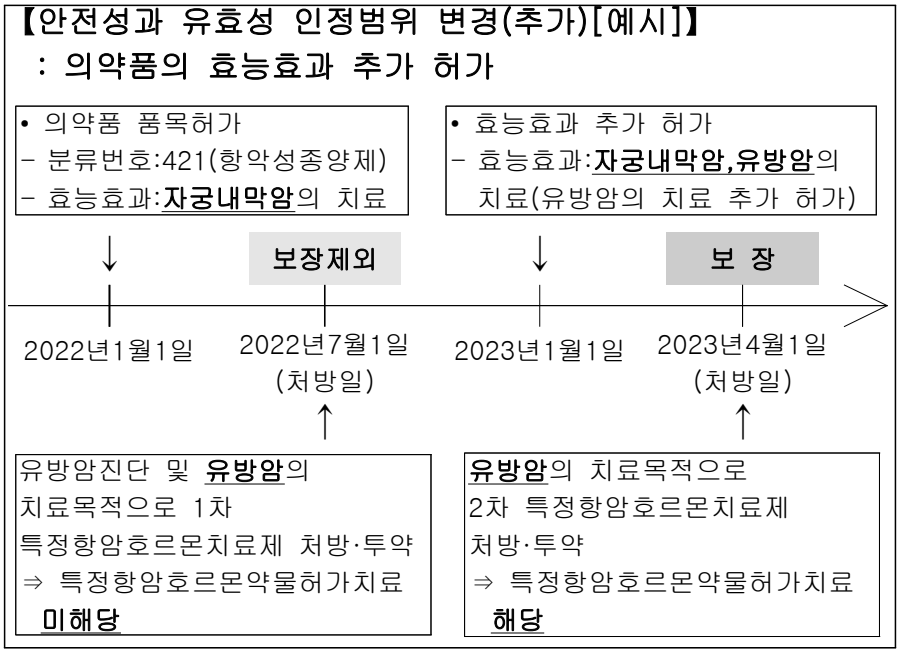
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

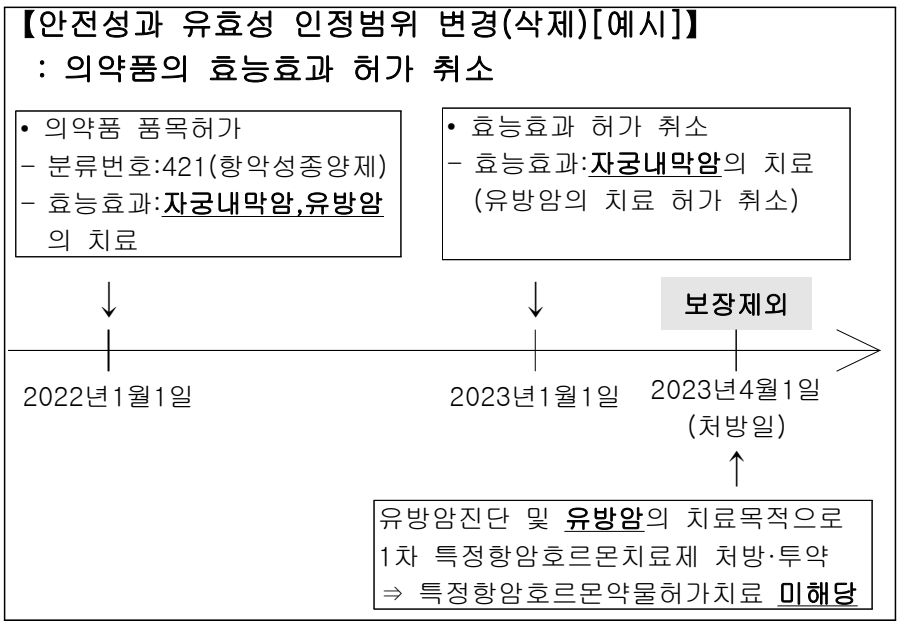
1 제1조(보험금의 지급사유)의 특정항암호르몬약물허가치료비는「특정항암호르몬치료제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【특정항암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위】



2 제1조(보험금의 지급사유)의「특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우」라 함은「특정항암호르몬치료제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





3 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 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 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
3 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【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(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의)

1 이 특별약관에서「특정항암호르몬치료제」란 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호「421(항악성종양제)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우, 개정 이전의 "항악성종양제"에 상응하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

【특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】
특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 8월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표7(특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에서「특정항암호르몬약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한「특정항암호르몬치료제」를「안전성과 유효성 인정 범위」내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 제2항의「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된「효능효과」범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된「효능효과」범위 외 사용이지만,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

【 암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 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 규

정」에서「특정항암호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한「특정항암호르몬치료제」이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에 있어「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 보장책임을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함), 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

③ 특정호르몬약물허가치료 증명서

㉠ 특정호르몬약물허가치료 진단서 또는 특정호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

㉮ 진단명

㉯ 투약한 약제의 제품명

㉰ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

㉱ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보

험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
㉲ 처방목적(항암 목적 호르몬치료 관련성 여부)
㉡ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보장의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

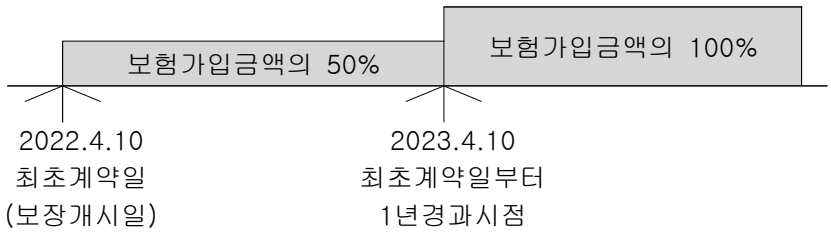
2-10. 갱신형
암 내시경검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제4조(암 내시경검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 내시경검사(급여)」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암 내시경검사비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암 내시경검사(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【 암 내시경검사비[예시] 】



2 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 암 내시경검사비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암 내시경검사(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

3 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암 내시경검사

(급여)」를 받은 경우에도 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 암 내시경검사비만 지급합니다.
2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)
1 이 특별약관에서「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 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 특별약관에서「유사암」이라 함은「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」및「갑상선암」을 총칭합니다.
3 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
4 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
5 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
6 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
7「암(유사암제외)」및「유사암」의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(암 내시경검사(급여)의 정의 및 장소)
1 이 특별약관에서「암 내시경검사(급여)」라 함은 제1조

(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여「암(유사암제외)」또는「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 급여「제2부 제2장 검사료의 제4절 내시경」분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

【내시경검사】 내시경(내장장기 또는 체강 내부를 직접 볼 수 있게 만든 의료기구)을 사용하여 신체 내부를 관찰하는 검사 방식의 총칭

2 제1항의「암 내시경검사(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하'요양급여'라 합니다) 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하'의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.
3 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.
4 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「암 내시경검사(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「암 내시경검사(급여)」의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】
수가코드는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-11. 갱신형 유방암
유방재건수술비(급여, 연간1회한)보장 특별약관

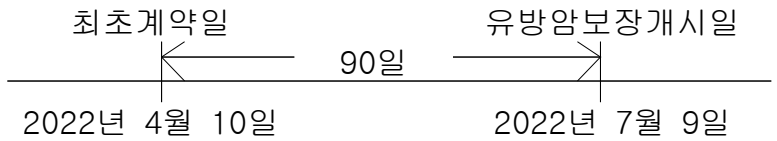
제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 유방암보장개시일 이후에「유방암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방전체절제수술 후「유방재건수술(급여)」을 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유방암 유방재건수술비로 지급합니다.

2 제1항에서「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

3 이 특별약관에서「유방암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 유방암보장개시일로 합니다.

【유방암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른「유방재건수술(급여)」을 받은 경우에도 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 유방재건수술(급여)만 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(유방암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서「유방암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 C50(유방의 악성신생물)으로 분류되는 질병으로,【별표9(유방암 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2「유방암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조

직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가「유방암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 위에 따라 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「유방암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】
- C34(기관지 및 폐의 악성 신생물)가 유방으로 전이되어 C79.80(유방의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C34(기관지 및 폐의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 보험금의 지급사유에 해당하지 않습니다. - C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 보험금의 지급사유에 해당합니다.

제4조(유방재건수술(급여)의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서「유방재건수술(급여)」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 피보험자의「유방암」으로 인한 유방 전체 절제 후 동반되는 신체적, 심리적, 사회적 상태의 원상회복을 위하여 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
유방재건	
가. 자가조직을 이용한 경우	
(1) 광배근	
(가) 광배근피판	N7140
(나) 광배근보존피판 (또는 흉배동맥천공지피판)	N7141
(다) 확장광배근피판	N7142

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
(2) 횡복직근	
(가) 유경 횡복직근피판	N7143
(나) 양측유경 횡복직근피판	N7144
(다) 유리 횡복직근피판	N7145
(라) 유리 횡복직근보존피판	N7146
(3) 심하복벽천공지유리피판	N7147
나. 보형물을 이용한 경우	
(1) 유방확장기 삽입 및 확장	N7148
(2) 영구보형물 삽입	
(가) 유방절제와 동시 실시한 경우	N7149
(나) 유방확장기 제거 후 실시한 경우	N7150
(3) 유방피막절제(유방피막봉합·절개·피판술 포함)	N7151
다. 유두·유륜재건	
(1) 유두재건	N7152
(2) 유륜재건	N7153

【유방 전체절제수술】
큰가슴근(대흉근) 위에 존재하는 유방암을 포함한 유방 조직 전체를 제거하는 수술 방법을 말합니다.

【유방 재건수술】
유방암을 치료하기 위해 유방을 절제한 경우, 보형물을 삽입하거나 근육과 피부를 자신의 배나 등 부위에서 일부 옮겨 자가 조직으로 유방의 모양을 복원하는 수술을 말합니다.

2 제1항의「유방재건수술(급여)」은「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하'요양급여'라 합니다) 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하'의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

3 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

4 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「유방재건수술(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「유방재건수술(급여)」의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 유방암보장개시일의 전일 이전에「유방암」으로 진단확정되는 경우에는 이 보장책임을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제6조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】
수가코드는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은

그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 유방암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(특별약관 제1절 일반조항 제8조 제5항
및 제35조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금	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%)
해지환급금 (특별약관 제1절 일반조항 제35조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.

주2) 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.

주3) 가산이율 적용시 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	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

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준

질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 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.

【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.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표3】

제자리신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 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

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 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. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

항암식단서비스 세부내용

<table>
<tr><th colspan="2">가입금액 기준</th><th>식단 제공 기간</th><th>항암식단서비스 내용</th></tr>
<tr><td>30만원</td><td>실속형</td><td>4주</td><td rowspan="3">(항암치료기간 특화)
1일 1회 항암식단메뉴 및 영양보충식품 제공</td></tr>
<tr><td>50만원</td><td>일반형</td><td>8주</td></tr>
<tr><td rowspan="2">100만원
(택1)</td><td>고급형A</td><td>12주</td></tr>
<tr><td>고급형B</td><td>12주</td><td>(재활방지 특화)
1일 1회 항암식단메뉴 및 영양보충식품 제공</td></tr>
</table>

항암식단서비스 내용은 향후 물가상승, 생활환경변화 및 항암식단서비스의 단가상승 등을 고려하여 다른 서비스로 변경될 수 있습니다.

【별표6】

폴립및양성종양수술(급여,1~6종) 분류표

약관에 규정하는 폴립및양성종양수술(급여)로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

종	구 분	의료 행위 내용	진료행위 코드
1	피부 및 연부조직	피부양성종양적출술(간단한표재성)	N0141
		피부양성종양적출술(기타근육층에달하는것)	N0142
	비장 및 림프절	림프관종경화요법[낭성림프관종포함]	P2131
	입,이하선	설종양적출술	Q2186
	여성	질종양적출술-양성인것	R4070
	생식기	자궁경관점막폴립절제술	R4240
	눈	안검종양절제술-양성	S5245
	소화기 내시경하	내시경적 상부소화관종양수술-종양절제	Q7651
		에스상결장경하 종양수술-폴립 절제술	Q7751
		에스상결장경하 종양수술-점막절제술 및 점막하 종양절제술	Q7752
2	피부 및 연부조직	연부조직종양적출술(지방종,혈관종,섬유종,거대세포종,화골성근염등)-피하양성종양	N0233
		연부조직종양적출술(지방종,혈관종,섬유종,거대세포종,화골성근염등)-근막하또는근육내양성종양	N0234
	근골	양성골종양의 소파술 또는 절제술(상완골,전완골,쇄골)	N0282
		양성골종양의 소파술 또는 절제술(기타)	N0283
		상악골(관골포함)양성종양(낭종포함)절제술-3cm미만	N0402
		하악골양성종양(낭종포함)절제술-편측악골1/3미만	N0432
	코	비강양성종양적출술,비내접근	O0964
		비강양성종양적출술,비내접근-내시경하에서 실시한 경우	O0967
		부비동양성종양적출술,비내접근	O0965
		부비동양성종양적출술,비내접근-내시경하에서 실시한 경우	O0968
		비강,부비동양성종양적출술,비외접근	O0966
		비인강양성종양적출술(기타의것)	O1041
		비인강양성종양적출술(기타의것)-내시경하에서 실시한 경우	O1043

종	구 분	의료 행위 내용	진료행위 코드
2	후두	후두개 낭종제거술	O1215
		후두 양성종양적출술-내시경하-현수후두경하	O1221
		후두 양성종양적출술-내시경하-연성내시경하	O1222
		후두 양성종양적출술-후두절개하	O1223
		성대결절 및 폴립제거술	O1231
		성대내 낭종제거술	O1232
		범발성 폴립양성대 절개 및 흡인술	O1233
	기관지 및 폐	내시경적기관또는기관지종양제거술[육아조직포함]-연성기관지경	O1315
		내시경적기관또는기관지종양제거술[육아조직포함]-경성기관지경	O1316
	비장 및 림프절	결핵성림프선종절제술(표재성)	P2106
	입,이하선	구강내종양적출술(양성)	Q2201
		구강내종양적출술(양성)-구강저 병소제거	Q2204
	인두 및 편도	인두양성종양절제술	Q2291
	복막 및 후복막	후복막종양적출술(양성)	Q2501
	장, 장간막	소장또는결장폴립절제술	Q2645
	직장 및 항문	직장종양절제술(경항문접근)	Q2891
		직장종양절제술(경천골 또는 방천골접근)	Q2890
	비뇨기	방광절개술(종양[방광벽절제를동반하지않는것])	R3462
		외요도구폴립절제술	R3730
	남성 생식기	외성기종양적출술-양성	R4001
	여성 생식기	외음부종양적출술-양성	R4066
		자궁근종절제술-복부접근(단순)[장막하근종]	R4124
		자궁근종절제술-복부접근(복잡)[근층내, 점막하, 인대간, 간질내, 복막하근종이나, 결절2개이상인 다발성자궁근종인 경우에 산정]	R4127
		자궁근종절제술-질부접근	R4123
		자궁근종절제술-복강경술(단순)[장막하근종]	R4128
		자궁근종절제술-복강경술(복잡)[근층내, 점막하, 인대간, 간질내, 복막하근종이나, 결절2개이상인 다발성자궁근종인 경우에 산정]	R4129
		자궁경하자궁근종절제술-3cm미만	R4125
		자궁경하자궁근종절제술-3cm이상[다발성포함]	R4126
		자궁경하자궁내막폴립제거술	R4241
		부속기종양적출술[양측]-양성	R4421
	내분비기	갑상선설관낭종절제술	P4558
	신경	신경종양절제술-양성	S4615
		경피적척수낭종혹은공동흡인술	S4811

종	구 분	의료 행위 내용	진료행위 코드
2	눈	결막종양절제술	S4950
		안와종양제거술-단순	S5231
	귀	외이도종양적출술-양성	S5591
	유방	유방양성종양절제술-단발성	N7121
		유방양성종양절제술-다발성	N7122
	간, 담낭 및 담도	간농양(낭종)수술-개복에 의한 흡인 또는 주입술	Q7211
		간농양(낭종)수술-배액을 위한 간절개술	Q7212
		간농양(낭종)수술-조대술	Q7213
	소화기 내시경하	내시경적 상부소화관종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술	Q7652
		내시경적 상부소화관종양수술-점막하 박리절제술-식도	Q7654
		결장경하 종양 수술-폴립 절제술	Q7701
		결장경하 종양 수술-폴립 절제술(1개이상시초과되는폴립1개당)	Q7702
		결장경하 종양 수술-점막절제술 및 점막하종양절제술	Q7703
		역행성 담췌관 내시경 수술-용종 및 종양제거술	Q7766
		경피적담관[낭]경을이용한시술[PTBD Route또는T-Tube이용]-용종및종양제거술	Q7775
	구강 악안면	상악골(관골포함)양성종양(낭종포함)절제술-3cm미만	U4801
		하악골양성종양(낭종포함)절제술-편측악골1/3미만	U4871
	위	위폴립절제술	Q2521
3	근골	양성골종양의 소파술 또는 절제술(골반골,대퇴골,하퇴골)	N0281
		상악골(관골포함)양성종양(낭종포함)절제술-3cm이상	N0403
		하악골양성종양(낭종포함)절제술-편측악골1/3이상~1/2미만	N0433
		하악골양성종양(낭종포함)절제술-편측악골1/2이상	N0434
	코	비인강혈관섬유종적출술	O1040
		비인강혈관섬유종적출술-내시경하에서 실시한 경우	O1042
		상악동후비공용종적출술	O1055
		상악동후비공용종적출술-내시경하에서 실시한 경우	O1056
	기관지 및 폐	내시경적냉동치료[기관(지)및폐종양]	O1318
	비장 및 림프절	결핵성림프선종절제술(심재성)	P2107
		림프관종절제술[낭성림프관종포함]-경부(국소)	P2133
		림프관종절제술[낭성림프관종포함]-경부(광범위)	P2134
		림프관종절제술[낭성림프관종포함]-기타	P2135
	장, 장간막	장간막종양적출술(장관절제를 동반하는 것)	Q2761
		장간막종양적출술(기타의 것)	Q2762

종	구 분	의료 행위 내용	진료행위 코드
3	직장 및 항문	직장종양절제술(복부접근)	Q2892
		직장종양절제술(경항문내시경적미세수술)	Q2893
	비뇨기	신내시경하신종양절제술[경피적신루설치술,방사선료포함]	R3305
		단순신낭종절제술	R3311
		요관경하 요관종양절제술	R3451
		경요도적방광내수술(종양)-단순	R3541
		경요도적방광내수술(종양)-복잡	R3542
		경요도적방광내수술(종양)-고도복잡	R3543
	내분비기	부갑상선절제술(양성)-단발성	P4541
		부갑상선절제술(양성)-다발성	P4542
		갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽전절제술)-편측	P4551
		갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽전절제술)-양측	P4552
		갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽아전절제술)-편측	P4553
		갑상선수술[낭종,선종,갑상선기능항진등](갑상선엽아전절제술)-양측	P4554
	간, 담낭 및 담도	간농양(낭종)수술-낭종적출술	Q7214
		담도낭종수술-우회술	Q7331
	소화기 내시경하	내시경적 상부소화관종양수술-점막하 박리절제술-위	Q7653
		결장경하 종양 수술-점막하 박리절제술	QX706
		풍선소장내시경하 용종절제술-경구	Q7788
		풍선소장내시경하 용종절제술-경항문	Q7789
	구강 악안면	상악골(관골포함)양성종양(낭종포함)절제술-3cm이상	U4802
		하악골양성종양(낭종포함)절제술-편측악골1/3이상~1/2미만	U4872
		하악골양성종양(낭종포함)절제술-편측악골1/2이상	U4873
4	근골	개두술 또는 두개절제술(두개골 병소 또는 양성종양절제)	N0334
	기관지 및 폐	폐쐐기절제술(단일)	O1401
		폐쐐기절제술(2~3개)	O1403
		폐쐐기절제술(4~5개)	O1404
		폐쐐기절제술(6개이상)	O1405
	흉곽	흉벽종양절제술(흉벽재건술을 동반한 경우)-양성	O1483
		흉벽종양절제술(기타의 경우)-양성	O1485
	입,이하선	이하선종양적출술(양성)	Q2231
	식도	식도양성종양적출술(식도입구부)	Q2390
		식도양성종양적출술(복부접근)	Q2392
	비뇨기	후방광종양적출술	R3590
	내분비기	경동맥소체종양적출술-종양절제만 한 경우	P4581
		경동맥소체종양적출술-경동맥 절제를 동반한 경우	P4582
	눈	안와종양제거술-복잡 [크렌라인 수술]	S5232
	간, 담낭 및 담도	담도종양수술-양성	Q7341
		췌장가성낭종수술-조대술	Q7541
		췌장가성낭종수술-외부배액법	Q7542
		췌장가성낭종수술-내부배액법	Q7543
		췌장양성종양(낭종, 선종) 절제	Q7550

종	구 분	의료 행위 내용	진료행위 코드
5	기관지 및 폐	기관또는기관지종양제거술(경부접근)-기관절제및재건술	O1311
		기관또는기관지종양제거술(경부접근)-기관절제및성형술	O1312
		기관또는기관지종양제거술(흉부접근)-기관(지)절제및재건술	O1313
		기관또는기관지종양제거술(흉부접근)-기관(지)절제및성형술	O1314
		기관또는기관지종양제거술(흉부접근)-기관분기부절제 및 재건술	O1317
		폐구역절제술	O1410
		단일폐엽절제술	O1421
		쌍폐엽절제술	O1422
		폐엽과 폐구역절제술	O1423
		소매폐엽절제술	O1424
	흉곽	종격동종양절제술(양성종양)	O1591
		종격동종양절제술(근무력증등에흉선절제술을실시한경우)	O1593
		횡격막종양절제및재건술	O1605
	순환기	심장종양제거술(심방점액종제거술)	O1981
		심장종양제거술(기타의것)	O1982
	식도	식도양성종양적출술(흉부접근)	Q2391
	신경	종양절제를위한개두술-경비적뇌하수체종양적출술-단순	S4638
		종양절제를위한개두술-경비적뇌하수체종양적출술-복잡	S4639
		척수경막내종양및병소절제술[경추]-3구간미만	S6691
		척수경막내종양및병소절제술[경추]-3구간이상	S6692
		척수경막내종양및병소절제술[흉추]-3구간미만	S6693
		척수경막내종양및병소절제술[흉추]-3구간이상	S6694
		척수경막내종양및병소절제술[요추]-3구간미만	S6695
		척수경막내종양및병소절제술[요추]-3구간이상	S6696
		척수내종양및병소절제술-경추	S4694
		척수내종양및병소절제술-흉추	S4695
		척수내종양및병소절제술-요추	S4696
		척수경막외종양및병소절제술[경추]-척추경또는척추체를포함하는경우	S4704
		척수경막외종양및병소절제술[경추]-척추경또는척추체를포함하지아니한경우	S4705
		척수경막외종양및병소절제술[흉추]-척추경또는척추체를포함하는경우	S4706
		척수경막외종양및병소절제술[흉추]-척추경또는척추체를포함하지아니한경우	S4707
		척수경막외종양및병소절제술[요추]-척추경또는척추체를포함하는경우	S4708
	신경	척수경막외종양및병소절제술[요추]-척추경또는척추체를포함하지아니한경우	S4709
		뇌내시경수술-종양또는낭종절제	S4743
	귀	청신경종양적출술-이과적접근[경미로,경와우,후미로등]	S5741
		청신경종양적출술-두개접근	S5742
		청신경종양적출술-복합접근	S5743
	간, 담낭 및 담도	담도낭종수술-절제술	Q7332

종	구 분	의료 행위 내용	진료행위 코드
6	신경	종양절제를위한개두술(천막상부)-단순	S4634
		종양절제를위한개두술(천막상부)-복잡	S4635
		종양절제를위한개두술(천막하부)-단순	S4636
		종양절제를위한개두술(천막하부)-복잡	S4637
		뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-전두개와	S4801
		뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-중두개와	S4802
		뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-후두개와	S4803

【별표7】

특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명

1. 아래「특정항암호르몬치료제」해당 의약품명 및 성분명은 2021년 8월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의「특정항암호르몬치료제」해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

【의약품명과 성분명】

- 성분명은「효능효과」를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다.「특정항암호르몬치료제」해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문,영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론 abiraterone	자이티가정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
2	아나스트로졸 anastrozole	에이덱스정(아나스트로졸)
		아리미덱스정(아나스토로졸)
		테바아나스트로졸정1밀리그램
		아트로졸정(아나스트로졸)
		페미젯정1밀리그램(아나스트로졸)
		아나스토정(아나스트로졸)
3	비칼루타미드 bicalutamide	카소덱스정(비칼루타마이드)
		비카덱스정(비칼루타마이드)
		비카루드정(비칼루타미드)
		칼루타미정150밀리그램(비칼루타미드)
		칼루타미정50밀리그램(비칼루타미드)
		비카소정(비칼루타미드)
		카덱스정(비칼루타미드)
		카소비트정(비칼루타미드)
		프로세이드정(비칼루타미드)
		프로카덱스정(비칼루타마이드)
		프로칼린정50밀리그램(비칼루타미드)
		테바비칼루타마이드정50밀리그램
		피엠에스비칼루타미드정50밀리그램(비칼루타미드(미분화))

번호	성분명(국문,영문)	의약품명(국문)
4	다로루타마이드 darolutamide	뉴베카정300밀리그램(다로루타마이드)
5	데가렐릭스 degarelix	퍼마곤주80밀리그램(데가렐릭스)
		퍼마곤주120밀리그램(데가렐릭스)
6	엔잘루타마이드 enzalutamide	엑스탄디연질캡슐40mg(엔잘루타마이드)
7	에스트라머스틴 estramustine	에스트라시트캡슐140밀리그램 (에스트라머스틴인산나트륨수화물)
8	엑스메스탄 exemestane	아로마신정25mg(엑스메스탄)
9	풀베스트란트 fulvestrant	파슬로덱스주(풀베스트란트)
10	고세렐린 goserelin	졸라덱스데포주사(고세렐린아세트산염)
		졸라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
11	레트로졸 letrozole	페마라정(레트로졸)
		레나라정(레트로졸)
		트로젯정2.5밀리그램(레트로졸)
		레트론정(레트로졸)
		브레트라정(레트로졸)
		파누엘정2.5밀리그램(레트로졸)
		테바레트로졸정2.5밀리그램
12	류프로렐린 leuprorelin (leuprolide)	루피어데포주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염)
		로렐린주사액(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주45밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주30밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주7.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린주3.75mg(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
13	메드록시프로게스테론 medroxyprogesterone	파루탈정(메드록시프로게스테론아세테이트)
14	타목시펜 tamoxifen	광동타목시펜정(타목시펜시트르산염)
		광동타목시펜정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스디정(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스정(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정10밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타목센정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
15	토레미펜 toremifene	화레스톤정40밀리그램(토레미펜시트르산염)
16	트립토렐린 triptorelin	데카펩틸-데포(트립토렐린아세트산염)
		데카펩틸주0.1밀리그램(트립토렐린아세트산염)
		디페렐린피알3.75밀리그람주(초산트립토렐린)
		디페렐린피알주11.25밀리그람(파모산트립로렐린)
		디페렐린에스알주22.5밀리그램(트립토렐린파모산염)

번호	성분명(국문,영문)	의약품명(국문)
17	메게스트롤 megestrol	메게시아정160mg(메게스트롤아세테이트)
		메게시아정40mg(메게스트롤아세테이트)
		네옥시아현탁액(메게스트롤아세테이트)
		대원메게스트롤이에스현탁액(메게스트롤아세테이트)
		대원초산메게스트롤현탁액
		메게롤현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게시아현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게이스내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게이스에프내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게이트현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메게프로현탁액(메게스트롤아세테이트)
		메제트롤현탁액(메게스트롤아세테이트)
		비씨메게스트롤현탁액(초산메게스트롤)
		애피트롤내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		애피트롤이에스내복현탁액(메게스트롤아세테이트)
		제이트롤현탁액(메게스트롤아세테이트)
18	아팔루타마이드 apalutamide	얼리다정(아팔루타마이드)

【별표8】

갑상선 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명

1. 아래「갑상선 호르몬치료제」해당 의약품명 및 성분명은 2021년 8월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 약제의「갑상선 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「효능효과」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.「갑상선 호르몬치료제」해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문,영문)	의약품명(국문)
1	레보티록신 나트륨수화물 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)
		씬지록신정125마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정150마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정25마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정50마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정75마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정88마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		콤지로이드정(부광리오트릭스정)
2	리오티로닌나트륨 Liothyronine sodium	테트로닌정5㎍(리오티로닌나트륨)

【별표9】

유방암 분류표

1. 약관에 규정하는 유방암으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
유방의 악성 신생물	C50

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 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.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】
- C34(기관지 및 폐의 악성 신생물)가 유방으로 전이되어 C79.80(유방의 이차성 악성 신생물)으로 진단된 경우에도 C34(기관지 및 폐의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

인용 법·규정

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【법규1】

개인정보 보호법

제15조(개인정보의 수집·이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개

인정보를 이용할 수 있다.

제17조(개인정보의 제공)
① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호·제3호 및 제5호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우
② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
③ 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.
④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

제22조(동의를 받는 방법)
① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제6항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다.
② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.
③ 개인정보처리자는 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호,

제23조제1항제1호 및 제24조제1항제1호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.
④ 개인정보처리자는 정보주체에게 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다.
⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 제3항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제4항 및 제18조제2항제1호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
⑥ 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.
⑦ 제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제6항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제23조(민감정보의 처리 제한)
① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

제24조(고유식별정보의 처리 제한)
① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령

에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 삭제

③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.

⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

【법규2】

공직선거법

제222조(선거소송)

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 선거의 효력에 관하여 이의가 있는 선거인·정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 선거일부터 30일 이내에 당해 선거구선거관리위원회위원장을 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.

② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 선거의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인(當選人을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 해당 선거구선거관리위원회 위원장을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을 피고로 한다.

제223조(당선소송)

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 당선의 효력에 이의가 있는 정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 당선인결정일부터 30일이내에 제52조제1항·제3항 또는 제192조제1항부터 제3항까지의 사유에 해당함을 이유로 하는 때에는 당선인을, 제187조(大統領當選人의 決定·公告·통지)제1항·제2항, 제188조(地域區國會議員當選人의 決定·公告·통지)제1항 내지 제4항, 제189조(比例代表國會議員議席의 배분과 當選人의 決定·公告·통지) 또는 제194조(당선인의 재결정과 비례대표국회의원의석 및 비례대표지방의회의원의석의 재배분)제4항의 규정에 의한 결정의 위법을 이유로 하는 때에는 대통령선거에 있어서는 그 당선인을 결정한 중앙선거관리위원회위원장 또는 국회의장을, 국회의원선거에 있어서는 당해 선거구선거관리위원회위원장을 각각 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.

② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 당선의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인 또

는 당선인인 피소청인(제219조제2항 후단에 따라 선거구선거관리위원회 위원장이 피소청인인 경우에는 당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 당선인(제219조제2항 후단을 이유로 하는 때에는 관할선거구선거관리위원회 위원장을 말한다)을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원
선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을, 국회의장이 궐위된 때에는 부의장중 1인을 피고로 한다.

④ 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 피고로 될 당선인이 사퇴·사망하거나 제192조제2항의 규정에 의하여 당선의 효력이 상실되거나 같은조제3항의 규정에 의하여 당선이 무효로 된 때에는 대통령선거에 있어서는 법무부장관을, 국회의원선거·지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서는 관할고등검찰청검사장을 피고로 한다.

【법규3】

교통사고처리특례법

제3조(처벌의 특례)

① 차의 운전자가 교통사고로 인하여「형법」제268조의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와「도로교통법」제151조의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등「도로교통법」제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고「도로교통법」제44조제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.

1.「도로교통법」제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2.「도로교통법」제13조제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3.「도로교통법」제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4.「도로교통법」제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5.「도로교통법」제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6.「도로교통법」제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7.「도로교통법」제43조,「건설기계관리법 제26조 또는「도로교통법」제96조를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또

는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.

8. 「도로교통법」 제44조제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 「도로교통법」 제13조제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 「도로교통법」 제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지 의무를 위반하여 운전한 경우
11. 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우
12. 「도로교통법」 제39조제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

【법규4】

국민건강보험법

제41조(요양급여)

① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송(移送)

② 제1항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.

1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

【법규5】

금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1~7. (생략)

9. “전문금융소비자”란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 “금융상품판매업자등”이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
   가. 국가
   나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
   다. 대통령령으로 정하는 금융회사
   라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
   마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

10. (생략)

제17조(적합성원칙)

② 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에게 다음 각 호의 금융상품 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 경우를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)하는 경우에는 면담·질문 등을 통하여 다음 각 호의 구분에 따른 정보를 파악하고, 일반금융소비자로부터 서명(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명을 포함한다. 이하 같다), 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아 이를 유지·관리하여야 하며, 확인받은 내용을 일반금융소비자에게 지체 없이 제공하여야 한다.

1. 「보험업법」 제108조제1항제3호에 따른 변액보험 등

대통령령으로 정하는 보장성 상품
가. 일반금융소비자의 연령
나. 재산상황(부채를 포함한 자산 및 소득에 관한 사항을 말한다. 이하 같다)
다. 보장성 상품 계약 체결의 목적
2. 투자성 상품(「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제27항에 따른 온라인소액투자중개의 대상이 되는 증권 등 대통령령으로 정하는 투자성 상품은 제외한다. 이하 이 조에서 같다) 및 운용 실적에 따라 수익률 등의 변동 가능성이 있는 금융상품으로서 대통령령으로 정하는 예금성 상품
가. 일반금융소비자의 해당 금융상품 취득 또는 처분 목적
나. 재산상황
다. 취득 또는 처분 경험
3. 대출성 상품
가. 일반금융소비자의 재산상황
나. 신용 및 변제계획
4. 그 밖에 일반금융소비자에게 적합한 금융상품 계약의 체결을 권유하기 위하여 필요한 정보로서 대통령령으로 정하는 사항

③ 금융상품판매업자등은 제2항 각 호의 구분에 따른 정보를 고려하여 그 일반금융소비자에게 적합하지 아니하다고 인정되는 계약 체결을 권유해서는 아니 된다. 이 경우 적합성 판단 기준은 제2항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

제18조(적정성원칙)

① 금융상품판매업자는 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품 및 대출성 상품에 대하여 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유하지 아니하고 금융상품 판매 계약을 체결하려는 경우에는 미리 면담·질문 등을 통하여 다음 각 호의 구분에 따른 정보를 파악하여야 한다.
1. 보장성 상품: 제17조제2항제1호 각 목의 정보
2. 투자성 상품: 제17조제2항제2호 각 목의 정보
3. 대출성 상품: 제17조제2항제3호 각 목의 정보
4. 금융상품판매업자가 금융상품 판매 계약이 일반금융소비자에게 적정한지를 판단하는 데 필요하다고 인정되는 정보로서 대통령령으로 정하는 사항

② 금융상품판매업자는 제1항 각 호의 구분에 따라 확인한 사항을 고려하여 해당 금융상품이 그 일반금융소비자에게 적정하지 아니하다고 판단되는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 사실을 알리고, 그 일반금융소비자로부터 서

명, 기명날인, 녹취, 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 이 경우 적정성 판단 기준은 제1항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

제19조(설명의무)

① 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다)하는 경우 및 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우에는 다음 각 호의 금융상품에 관한 중요한 사항(일반금융소비자가 특정 사항에 대한 설명만을 원하는 경우 해당 사항으로 한정한다)을 일반금융소비자가 이해할 수 있도록 설명하여야 한다.

1. 다음 각 목의 구분에 따른 사항
   가. 보장성 상품
      1) 보장성 상품의 내용
      2) 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)
      3) 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다) 지급제한 사유 및 지급절차
      4) 위험보장의 범위
      5) 그 밖에 위험보장 기간 등 보장성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
   나. 투자성 상품
      1) 투자성 상품의 내용
      2) 투자에 따른 위험
      3) 대통령령으로 정하는 투자성 상품의 경우 대통령령으로 정하는 기준에 따라 금융상품직접판매업자가 정하는 위험등급
      4) 그 밖에 금융소비자가 부담해야 하는 수수료 등 투자성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
   다. 예금성 상품
      1) 예금성 상품의 내용
      2) 그 밖에 이자율, 수익률 등 예금성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
   라. 대출성 상품
      1) 금리 및 변동 여부, 중도상환수수료(금융소비자가 대출만기일이 도래하기 전 대출금의 전부 또는 일부를 상환하는 경우에 부과하는 수수료를 의미한다. 이하 같다) 부과 여부·기간 및 수수료율 등 대출성 상품의 내용
      2) 상환방법에 따른 상환금액·이자율·시기
      3) 저당권 등 담보권 설정에 관한 사항, 담보권 실행 사유 및 담보권 실행에 따른 담보목적물의 소유권

상실 등 권리변동에 관한 사항

4) 대출원리금, 수수료 등 금융소비자가 대출계약을 체결하는 경우 부담하여야 하는 금액의 총액

5) 그 밖에 대출계약의 해지에 관한 사항 등 대출성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

2. 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 "연계·제휴서비스등"이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항

가. 연계·제휴서비스등의 내용

나. 연계·제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항

다. 그 밖에 연계·제휴서비스등의 제공기간 등 연계·제휴서비스등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

3. 제46조에 따른 청약 철회의 기한·행사방법·효과에 관한 사항

4. 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

③ 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명을 할 때 일반 금융소비자의 합리적인 판단 또는 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 거짓으로 또는 왜곡(불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위를 말한다)하여 설명하거나 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 빠뜨려서는 아니 된다.

제20조(불공정영업행위의 금지)

① 금융상품판매업자등은 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위(이하 "불공정영업행위"라 한다)를 해서는 아니 된다.

1. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 금융소비자의 의사에 반하여 다른 금융상품의 계약체결을 강요하는 행위

2. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 부당하게 담보를 요구하거나 보증을 요구하는 행위

3. 금융상품판매업자등 또는 그 임직원이 업무와 관련하여 편익을 요구하거나 제공받는 행위

4. 대출성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위

가. 자기 또는 제3자의 이익을 위하여 금융소비자에게 특정 대출 상환방식을 강요하는 행위

나. 1)부터 3)까지의 경우를 제외하고 수수료, 위약금 또는 그 밖에 어떤 명목이든 중도상환수수료를 부과하는 행위
1) 대출계약이 성립한 날부터 3년 이내에 상환하는 경우
2) 다른 법령에 따라 중도상환수수료 부과가 허용되는 경우
3) 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 경우
다. 개인에 대한 대출 등 대통령령으로 정하는 대출상품의 계약과 관련하여 제3자의 연대보증을 요구하는 경우
5. 연계·제휴서비스등이 있는 경우 연계·제휴서비스등을 부당하게 축소하거나 변경하는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위. 다만, 연계·제휴서비스등을 불가피하게 축소하거나 변경하더라도 금융소비자에게 그에 상응하는 다른 연계·제휴서비스등을 제공하는 경우와 금융상품판매업자등의 휴업·파산·경영상의 위기 등에 따른 불가피한 경우는 제외한다.
6. 그 밖에 금융상품판매업자등이 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 행위

제21조(부당권유행위 금지)
금융상품판매업자등은 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)하는 경우에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 해서는 아니 된다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위는 제외한다.
1. 불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위
2. 금융상품의 내용을 사실과 다르게 알리는 행위
3. 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미치는 사항을 미리 알고 있으면서 금융소비자에게 알리지 아니하는 행위
4. 금융상품 내용의 일부에 대하여 비교대상 및 기준을 밝히지 아니하거나 객관적인 근거 없이 다른 금융상품과 비교하여 해당 금융상품이 우수하거나 유리하다고 알리는 행위
5. 보장성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
가. 금융소비자(이해관계인으로서 대통령령으로 정하는 자를 포함한다. 이하 이 호에서 같다)가 보장성 상

품 계약의 중요한 사항을 금융상품직접판매업자에게 알리는 것을 방해하거나 알리지 아니할 것을 권유하는 행위

나. 금융소비자가 보장성 상품 계약의 중요한 사항에 대하여 부실하게 금융상품직접판매업자에게 알릴 것을 권유하는 행위

6. 투자성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위

가. 금융소비자로부터 계약의 체결권유를 해줄 것을 요청받지 아니하고 방문·전화 등 실시간 대화의 방법을 이용하는 행위

나. 계약의 체결권유를 받은 금융소비자가 이를 거부하는 취지의 의사를 표시하였는데도 계약의 체결권유를 계속하는 행위

7. 그 밖에 금융소비자 보호 또는 건전한 거래질서를 해칠 우려가 있는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위

제46조(청약의 철회)

① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약을 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.

1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간

2. 투자성 상품, 금융상품자문: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날부터 7일

가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날

나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일

3. 대출성 상품: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날[다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날보다 계약에 따른 금전·재화·용역(이하 이 조에서 "금전·재화등"이라 한다)의 지급이 늦게 이루어진 경우에는 그 지급일]부터 14일

가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날

나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일

② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.

1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면(대통령

령으로 정하는 방법에 따른 경우를 포함한다. 이하 이 절에서 "서면등"이라 한다)을 발송한 때

2. 대출성 상품: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면등을 발송하고, 다음 각 목의 금전·재화등(이미 제공된 용역은 제외하며, 일정한 시설을 이용하거나 용역을 제공받을 수 있는 권리를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)을 반환한 때

가. 이미 공급받은 금전·재화등

나. 이미 공급받은 금전과 관련하여 대통령령으로 정하는 이자

다. 해당 계약과 관련하여 금융상품판매업자등이 제3자에게 이미 지급한 수수료 등 대통령령으로 정하는 비용

③ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등이 일반금융소비자로부터 받은 금전·재화등의 반환은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.

1. 보장성 상품: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

2. 투자성 상품, 금융상품자문: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것. 다만, 대통령령으로 정하는 금액 이내인 경우에는 반환하지 아니할 수 있다.

3. 대출성 상품: 금융상품판매업자등은 일반금융소비자로부터 제2항제2호에 따른 금전·재화등, 이자 및 수수료를 반환받은 날부터 3영업일 이내에 일반금융소비자에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 대출과 관련하여 일반금융소비자로부터 받은 수수료를 포함하여 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에 대하여 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.

⑤ 보장성 상품의 경우 청약이 철회된 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 일반금융소비자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니하

다.
⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.
⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제47조(위법계약의 해지)
① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

【법규6】

도로교통법

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 시・도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차 등을 운전하여서는 아니 된다.

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다.

② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.

③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.

④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

【법규7】

민법

제27조(실종의 선고)
① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

제753조(미성년자의 책임능력)
미성년자가 타인에게 손해를 가한 경우에 그 행위의 책임을 변식할 지능이 없는 때에는 배상의 책임이 없다.

제754조(심신상실자의 책임능력)
심신상실 중에 타인에게 손해를 가한 자는 배상의 책임이 없다. 그러나 고의 또는 과실로 인하여 심신상실을 초래한 때에는 그러하지 아니하다.

【법규8】

민사소송법

제254조(재판장등의 소장심사권)
① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.
④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본 또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다.

제266조(소의 취하)
① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다.
② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다.
③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론준비기일에서 말로 할 수 있다.
④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다.
⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서등본을 송달하여야 한다.
⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에 동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의 등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.

제269조(반소)
① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된 법원에 반소를 제기할

수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어의 방법과 서로 관련이 있어야 한다.
② 본소가 단독사건인 경우에 피고가 반소로 합의사건에 속하는 청구를 한 때에는 법원은 직권 또는 당사자의 신청에 따른 결정으로 본소와 반소를 합의부에 이송하여야 한다. 다만, 반소에 관하여 제30조의 규정에 따른 관할권이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

제393조(항소의 취하)
① 항소는 항소심의 종국판결이 있기 전에 취하할 수 있다.
② 항소의 취하에는 제266조제3항 내지 제5항 및 제267조제1항의 규정을 준용한다.

제399조(원심재판장등의 항소장심사권)
① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명한 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)
① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우, 또는 항소장의 부본을 송달할 수 없는 경우에는 항소심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야한다. 항소심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제412조(반소의 제기)
① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경우에 제기할 수 있다.

② 상대방이 이의를 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

제425조(항소심절차의 준용)
상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.

【법규9】

소비자기본법

제70조(단체소송의 대상 등)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다.

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록한 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것
   나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것
   다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것
2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원
3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체
4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것
   나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동실적이 있을 것
   다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
   라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

【법규10】

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다.

③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.

④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하

여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.

⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.

1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가

가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우

9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.

9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우

9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우

가. 양 목적 간의 관련성

나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위

다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향

라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부

10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우

11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에

따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

제33조(개인신용정보의 이용)

① (생략)

② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

【법규11】

약사법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1~4. (생략)

5. "한약"이란 동물・식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조・절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.

6. "한약제제(韓藥製劑)"란 한약을 한방원리에 따라 배합하여 제조한 의약품을 말한다.

(이하 생략)

【법규12】

여객자동차 운수사업법 시행령

제3조(여객자동차운송사업의 종류)

「여객자동차 운수사업법」(이하 “법”이라 한다) 제3조제2항에 따라 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 노선 여객자동차운송사업과 구역 여객자동차운송사업은 다음 각 호와 같이 세분한다.

1. 노선 여객자동차운송사업

가. 시내버스운송사업: 주로 특별시·광역시·특별자치시 또는 시(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제10조제2항에 따른 행정시를 포함한다. 이하 같다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 광역급행형·직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.

나. 농어촌버스운송사업: 주로 군(광역시의 군은 제외한다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.

다. 마을버스운송사업: 주로 시·군·구의 단일 행정구역에서 기점·종점의 특수성이나 사용되는 자동차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 여객자동차운송사업

자가 운행하기 어려운 구간을 대상으로 국토교통부령으로 정하는 기준에 따라 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업

라. 시외버스운송사업: 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업으로서 가목부터 다목까지의 사업에 속하지 아니하는 사업. 이 경우 국토교통부령이 정하는 바에 따라 고속형·직행형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.

2. 구역 여객자동차운송사업

가. 전세버스운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 정하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 다만, 다음 어느 하나에 해당하는 기관 또는 시설 등의 장과 1개의 운송계약(운임의 수령주체와 관계없이 개별 탑승자로부터 현금이나 회수권 또는 카드결제 등의 방식으로 운임을 받는 경우는 제외한다)에 따라 그 소속원[「산업입지 및 개발에 관한 법률」에 따른 산업단지, 준산업단지 및 공장입지 유도지구(이하 이 조에서 "산업단지등"이라 한다) 관리기관의 경우 해당 산업단지등의 입주기업체 소속원을 포함한다]만의 통근·통학목적으로 자동차를 운행하는 경우에는 운행계통을 정하지 아니한 것으로 본다.

1) 정부기관·지방자치단체와 그 출연기관·연구기관 등 공법인

2) 회사, 「초·중등교육법」 제2조에 따른 학교, 「고등교육법」 제2조에 따른 학교, 「유아교육법」 제2조제2호에 따른 유치원, 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집, 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조의2제1항제1호에 따른 학교교과교습학원 또는 「체육시설의 설치·이용에 관한 법률」 제3조에 따른 체육시설(「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포에 부설된 체육시설은 제외한다)

3) 국토교통부장관 또는 특별시장・광역시장・특별자치시장・도지사・특별자치도지사(이하 "시・도지사"라 한다)가 정하여 고시하는 산업단지등의 관리기관

나. 특수여객자동차운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따

라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장례에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업

다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접운전(사업자의 질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

【법규13】

의료급여법

제7조(의료급여의 내용 등)

① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술과 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치

② 제1항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

【법규14】

의료법

제3조(의료기관)

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제3조의2(병원등)

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"

라 한다)를 둔다.
② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

【법규15】

의료법 시행규칙

제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)

법 제36조제1호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고 그 시설규격은 별표 4와 같다.

[별표 3]

의료기관의 종류별 시설기준(제34조 관련)

시설	종합병원 병원 요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과의원	한의원	조산원
1~11. (생략)							
11의2. 탕전실	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)			1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	
(이하 생략)							

[별표 4]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)

1~11. (생략)

11의2. 탕전실

가. 탕전실에는 조제실, 한약재 보관시설, 작업실, 그 밖에 탕전에 필요한 시설을 갖추어야 한다. 다만, 의료기관 내에 조제실 및 한약재 보관시설을 구비하고 있는 경우에는 이를 충족한 것으로 본다.

나. 조제실에는 개봉된 한약재를 보관할 수 있는 한약장 또는 기계·장치와 한약을 조제할 수 있는 시설을 두어야 한다.

다. 한약재 보관시설에는 쥐·해충·먼지 등을 막을 수 있는 시설과 한약재의 변질을 예방할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.

라. 작업실에는 수돗물이나 「먹는물관리법」 제5조에 따른 먹는 물의 수질기준에 적합한 지하수 등을 공급할 수 있는 시설, 한약의 탕전 등에 필요한 안전하고 위생적인 장비 및 기구, 환기 및 배수에 필요한 시설, 탈의실 및 세척시설 등을 갖추어야 한다.

마. 작업실의 시설 및 기구는 항상 청결을 유지하여야

하며 종사자는 위생복을 착용하여야 한다. 바. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에는 한의사 또는 한약사를 배치하여야 한다. 사. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에서 한약을 조제하는 경우 조제를 의뢰한 한의사의 처방전, 조제 작업일지, 한약재의 입출고 내역, 조제한 한약의 배송일지 등 관련 서류를 작성·보관하여야 한다. (이하 생략)

【법규16】

자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표1과 같이 구분한다.

[별표1]

자동차의 종류(제2조 관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 미만이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 이상 2,000시시 미만이거나 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000시시 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승합자동차	배기량이 1000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화물	배기량이 250시시(전	배기량이 1000시시	최대적재량이 1톤 이	최대적재량이 1톤 초	최대적재량이 5톤 이

자동차	기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수자동차	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜자동차	배기량이 50시시 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 100시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 100시시 초과 260시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260시시(최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것

승합자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·헌혈·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화물자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특수용도형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수작업용인 것
이륜자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.

가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 초소형화물차 및 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차

1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치

한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)

2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 격벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차

3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차

나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.

1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차

2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차

3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차

2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.

가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.

나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.

다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

【법규17】

자동차손해배상보장법 시행령

제2조(건설기계의 범위)

「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다.

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

제3조(책임보험금 등)

① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다.

1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療D價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)가 생긴 경우에는 별표 2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금

을 지급한다.

1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른 금액의 합산액
3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 2천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다.

【법규18】

장기등 이식에 관한 법률

제4조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "장기등"이란 사람의 내장이나 그 밖에 손상되거나 정지된 기능을 회복하기 위하여 이식이 필요한 조직으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
   가. 신장・간장・췌장・심장・폐
   나. 말초혈(조혈모세포를 이식할 목적으로 채취하는 경우에 한정한다)・골수・안구
   다. 뼈・피부・근육・신경・혈관 등으로 구성된 복합조직으로서의 손・팔 또는 발・다리
   라. 제8조제2항제4호에 따라 장기등이식윤리위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 결정・고시한 것
   마. 그 밖에 사람의 내장 또는 조직 중 기능회복을 위하여 적출・이식할 수 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것
2. "장기등기증자"란 다른 사람의 장기등의 기능회복을 위하여 대가 없이 자신의 특정한 장기등을 제공하는 사람으로서 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.
3. "장기등기증희망자"란 본인이 장래에 뇌사 또는 사망할 때(말초혈 또는 골수의 경우에는 살아있을 때를 포함한다) 장기등을 기증하겠다는 의사표시를 한 사람으로서 제15조에 따라 등록한 사람을 말한다.
4. "장기등이식대기자"란 자신의 장기등의 기능회복을 목적으로 다른 사람의 장기등을 이식받기 위하여 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.
5. "살아있는 사람"이란 사람 중에서 뇌사자를 제외한 사람을 말하고, "뇌사자"란 이 법에 따른 뇌사판정기준 및 뇌사판정절차에 따라 뇌 전체의 기능이 되살아날 수 없는 상태로 정지되었다고 판정된 사람을 말한다.
6. "가족" 또는 "유족"이란 살아있는 사람・뇌사자 또는 사망한 자의 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다. 다만, 14세 미만인 사람은 제외한다.
   가. 배우자
   나. 직계비속
   다. 직계존속
   라. 형제자매
   마. 가목부터 라목까지에 해당하는 가족 또는 유족이 없는 경우에는 4촌 이내의 친족

제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등)

① 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용은 해당 장기등을 이식받은 사람이 부담한다. 다만, 이식받은 사람이 부담하는 비용에 대하여 다른 법령에서 따로 정하는 경우에는 해당 법령에서 정하는 바에 따른다.

② 제1항에 따른 비용은 「국민건강보험법」에서 정하는 바에 따라 산출한다. 다만,「국민건강보험법」에서 규정하지 아니한 비용은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 산출한다.

【법규19】

장애인복지법 시행규칙

제3조(장애인의 등록신청 및 장애 진단)

① 법 제32조제1항에 따라 장애인의 등록을 신청하려는 자는 별지 제1호의4서식의 장애인 등록 및 서비스 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 관할 읍・면・동장을 거쳐 특별자치시장・특별자치도지사・시장・군수・구청장(자치구의 구청장을 말하며, 이하 "시장・군수・구청장"이라 한다)에게 제출해야 한다. 다만, 시장・군수・구청장은 법 제32조의2에 따라 장애인 등록을 하려는 사람에 대해서는 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 재외동포 및 외국인임을 증명하는 서류를 확인해야 하며, 신청인이 확인에 동의하지 않은 경우에는 이를 첨부하도록 해야 한다.

1. 사진(신청 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사진으로 가로 3.5센티미터, 세로 4.5센티미터의 사진을 말한다) 1장
2. 등록대상자의 장애 상태를 확인할 수 있는 서류

② 제1항에 따른 등록신청을 받은 시장・군수・구청장은 등록대상자와의 상담을 통하여 그 장애 상태가 영 제2조에 따른 장애의 기준에 명백하게 해당되지 않는 경우 외에는 지체없이 별지 제2호서식의 의뢰서에 따라 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 또는 「지역보건법」 제10조 및 제13조에 따른 보건소와 보건지소(이하 "의료기관"이라 한다) 중 보건복지부장관이 정하는 장애유형별 해당 전문의가 있는 의료기관에 장애 진단을 의뢰할 수 있다.

③ 제2항에 따라 장애 진단을 의뢰받은 의료기관은 장애인의 장애 상태를 진단한 후 별지 제3호서식의 진단서를 장애 진단을 의뢰한 시장・군수・구청장에게 통보해야 한다.

④ 시장・군수・구청장은 제3항에 따라 통보받은 진단 결과에 대하여 보다 정밀한 심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 국민연금공단에 장애 정도에 관한 심사를 의뢰할 수 있다. 이 경우 장애 정도에 관한 국민연금공단의 심사 방법 및 기준 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

제6조(장애 정도의 조정)

① 장애인은 장애 상태가 현저하게 변화되어 장애 정도의 조정이 필요한 경우에는 별지 제1호의4서식의 신청서에 등록증과 등록대상자의 장애 상태를 확인할 수 있는 서류를 첨부하여 시장・군수・구청장에게 장애 정도의 조정을 신청할 수

있다.
② 제1항에 따라 장애 정도의 조정신청을 받은 시장・군수・구청장은 의료기관에 장애 진단을 의뢰할 수 있다.
③ 제2항에 따라 장애 진단을 의뢰받은 의료기관은 장애인의 장애 상태를 진단한 후 별지 제3호서식의 진단서를 장애 진단을 의뢰한 시장・군수・구청장에게 통보해야 한다.
④ 시장・군수・구청장은 제3항에 따라 통보받은 진단결과에 대하여 보다 정밀한 심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 국민연금공단에 장애 정도에 관한 심사를 의뢰할 수 있다. 이 경우 장애 정도에 관한 국민연금공단의 심사 방법 및 기준 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
⑤ 제3항과 제4항에 따라 진단 결과나 장애 정도 심사결과를 통보받은 시장・군수・구청장은 통보받은 내용을 토대로 장애 정도를 조정하고, 그 결과를 신청인에게 통지해야 한다.

제7조(장애 상태 확인)
① 시장・군수・구청장은 법 제32조제3항에 따라 장애인의 장애 상태를 확인하여 장애 상태에 맞는 장애 정도를 유지하도록 해야 한다. 다만, 장애 상태에 현저한 변화 가능성이 없다고 판단되는 장애인에 대해서는 그렇지 않다.
② 시장・군수・구청장은 제1항에 따라 장애인의 장애 상태를 확인하려는 경우에는 별지 제7호서식의 통보서를 해당 장애인에게 송부해야 한다.
③ 장애 상태를 확인하기 위한 장애 진단 및 장애 정도의 조정에 관하여는 제6조제2항부터 제5항까지의 규정을 준용한다.

【법규20】

폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제4조(단체등의 구성·활동)

① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다.

1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역
2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역
3. 수괴・간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역

② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 범하였을 때에는 그 죄에 대한 형의 장기(長期) 및 단기(短期)의 2분의 1까지 가중한다.

1. 「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄
   가. 「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄 중 제136조(공무집행방해), 제141조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄
   나. 「형법」 제24장 살인의 죄 중 제250조제1항(살인), 제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등), 제255조(예비, 음모)의 죄
   다. 「형법」 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제314조(업무방해), 제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄
   라. 「형법」 제38장 절도와 강도의 죄 중 제333조(강도), 제334조(특수강도), 제335조(준강도), 제336조(인질강도), 제337조(강도상해, 치상), 제339조(강도강간), 제340조제1항(해상강도)·제2항(해상강도상해 또는 치상), 제341조(상습범), 제343조(예비, 음모)의 죄
2. 제2조 또는 제3조의 죄(「형법」 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다)

③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 금품을 모집한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다.

【법규21】

한의약육성법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "한의약"이란 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료행위(이하 "한방의료"라 한다) 및 한약사(韓藥事)를 말한다.
2. "한약사"란 한약의 생산[한약재(韓藥材) 재배를 포함한다]·가공·제조·조제·수입·판매·감정·보관 또는 그 밖에 한약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
3. "한의약기술"이란 한의약을 포함하여 한약제제(韓藥製劑, 한약을 한방 원리에 따라 제조한 것을 말한다. 이하 제5호에서 같다) 및 한약재 재배(우수 품종 개발을 포함한다)·제조·유통·보관 등 한의약과 관련한 모든 상품 및 서비스에 관련된 기술로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
4. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
5. "한약재"란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.

【법규22】

형법

제24장 살인의 죄

제250조(살인, 존속살해)

① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제251조(영아살해)

직계존속이 치욕을 은폐하기 위하거나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만중 또는 분만 직후의 영아를 살해한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등)

① 사람의 촉탁이나 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 사람을 교사하거나 방조하여 자살하게 한 자도 제1항의 형에 처한다.

제253조(위계등에 의한 촉탁살인등)

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.

제256조(자격정지의 병과)

제250조, 제252조 또는 제253조의 경우에 유기징역에 처할 때에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제25장 상해와 폭행의 죄

제257조(상해, 존속상해)

① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금

에 처한다.
③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.

제258조(중상해, 존속중상해)
① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.

제259조(상해치사)
① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제260조(폭행, 존속폭행)
① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제261조(특수폭행)
단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제262조(폭행치사상)
제260조와 제261조의 죄를 지어 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 경우에는 제257조부터 제259조까지의 예에 따른다.

제263조(동시범)
독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

제264조(상습범)
상습으로 제257조, 제258조, 제258조의2, 제260조 또는 제261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지

가중한다.

제265조(자격정지의 병과)
제257조제2항, 제258조, 제258조의2, 제260조제2항, 제261조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제26장 과실치사상의 죄
제266조(과실치상)
① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제267조(과실치사)
과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.

제268조(업무상과실·중과실 치사상)
업무상과실 또는 중대한 과실로 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제32장 강간과 추행의 죄
제297조(강간)
폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제297조의2(유사강간)
폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

제298조(강제추행)
폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.

제299조(준강간, 준강제추행)
사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다.

제300조(미수범)
제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다.

제301조(강간등 상해·치상)
제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제301조의2(강간등 살인·치사)
제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제302조(미성년자등에 대한 간음)
미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제303조(업무상위력등에 의한 간음)
① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)
① 13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.
② 13세 이상 16세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 19세 이상의 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.

제305조의2(상습범)
상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제38장 절도와 강도의 죄
제339조(강도강간)
강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

【법규23】

화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "손해보험회사"란 「보험업법」 제4조에 따른 화재보험업의 허가를 받은 자를 말한다.
2. "특약부화재보험"이란 화재로 인한 건물의 손해와 제4조제1항에 따른 손해배상책임을 담보하는 보험을 말한다.
3. "특수건물"이란 국유건물·공유건물·교육시설·백화점·시장·의료시설·흥행장·숙박업소·다중이용업소·운수시설·공장·공동주택과 그 밖에 여러 사람이 출입 또는 근무하거나 거주하는 건물로서 화재의 위험이나 건물의 면적 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 건물을 말한다.

제4조(특수건물 소유자의 손해배상책임)

① 특수건물의 소유자는 그 건물의 화재로 인하여 다른 사람이 사망하거나 부상을 입었을 때에는 과실이 없는 경우에도 제8조제1항제2호에 따른 보험금액의 범위에서 그 손해를 배상할 책임이 있다. 「실화책임에 관한 법률」에도 불구하고 특수건물 소유자에게 경과실(輕過失)이 있는 경우에도 또한 같다.

② 특수건물 소유자의 손해배상책임에 관하여는 이 법에서 규정하는 것 외에는 「민법」에 따른다.

제8조(보험금액)

① 제5조에 따라 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 구분에 따른다.

1. 화재보험: 특수건물의 시가(時價)에 해당하는 금액
2. 손해배상책임을 담보하는 보험에 해당하는 부분 중 다음 각 목의 구분에 따른 금액
   가. 사망의 경우: 피해자 1명마다 5천만원 이상으로서 대통령령으로 정하는 금액
   나. 부상의 경우: 피해자 1명마다 사망자에 대한 보험금액의 범위에서 대통령령으로 정하는 금액
   다. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 화재 1건마다 1억원 이상으로서 국민의 안전 및 특수건물의 화재위험성 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 금액

② 제1항 제1호에 따른 시가의 결정에 관한 기준은 총리령으로 정한다.

제16조(안전점검)

① 협회는 보험계약을 체결할 때 또는 보험계약을 갱신할 때마다 해당 특수건물의 화재예방 및 소화시설의 안전점검을 하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 특수건물에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 일정 기간 안전점검을 하지 아니할 수 있다.

1. 안전점검 결과 총리령으로 정하는 화재위험도지수(「보험업법」 제176조에 따른 보험요율 산출기관이 정한 화재위험도지수를 말한다)가 낮은 특수건물
2. 「고압가스 안전관리법」 제13조의2제1항에 따라 안전성향상계획을 작성하는 건물로서 총리령으로 정하는 위험도가 낮은 특수건물
3. 「산업안전보건법」 제44조제1항에 따라 공정안전보고서를 작성하는 건물로서 총리령으로 정하는 위험도가 낮은 특수건물

② 협회는 필요하다고 인정할 때에는 특약부화재보험에 가입한 특수건물에 대하여 화재예방 및 소화시설의 안전점검을 할 수 있다. 이 경우 제1항 단서를 준용한다.

③ 특수건물의 소유자는 정당한 이유가 없으면 제1항과 제2항에 따른 안전점검에 응하여야 한다.

④ 특수건물의 소유자가 제1항이나 제2항에 따른 안전점검에 응하지 아니하면 협회는 소방관서의 장에게 그에 대한 안전점검을 요청할 수 있다.

⑤ 협회는 제1항과 제2항에 따른 안전점검을 할 때에 어떠한 명목의 비용도 받을 수 없다.

⑥ 제1항과 제2항에 따른 안전점검은 대통령령으로 정하는 바에 따른다.

【법규24】

화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령

제2조(특수건물)

① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제3호에서 "대통령령으로 정하는 건물"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 건물을 말한다.

1. 「국유재산법」 제5조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 대통령 관저(官邸)와 특수용도로 사용하는 건물로서 금융위원회가 지정하는 건물을 제외한다.

1의2. 「공유재산 및 물품 관리법」 제4조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 「한국지방재정공제회법」에 따른 한국지방재정공제회(이하 "한국지방재정공제회"라 한다) 또는 「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 소유의 건물은 제외한다.

2. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학원으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
3. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
4. 「관광진흥법」 제3조제1항제2호에 따른 관광숙박업으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
5. 「공중위생관리법」 제2조제1항제2호에 따른 숙박업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
6. 「공연법」 제2조제4호에 따른 공연장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
7. 「방송법」 제2조제2호에 따른 방송사업을 목적으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
8. 「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포로

사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

9. 「농수산물유통 및 가격안정에 관한 법률」 제2조제2호 및 제6호에 따른 농수산물도매시장 및 민영농수산물도매시장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.

10. 다음 각 목의 영업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

가. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제6호에 따른 게임제공업

나. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제7호에 따른 인터넷컴퓨터게임시설제공업

다. 「음악산업진흥에 관한 법률」 제2조제13호에 따른 노래연습장업

라. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호가목에 따른 휴게음식점영업

마. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호나목에 따른 일반음식점영업

바. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호다목에 따른 단란주점영업

사. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호라목에 따른 유흥주점영업

아. 「식품위생법 시행령」 제21조제9호에 따른 공유주방 운영업

11. 「초·중등교육법」 제2조 및 「고등교육법」 제2조에 따른 학교로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 건물을 제외한다.

12. 「주택법 시행령」 제3조제1항에 따른 공동주택으로서 16층 이상의 아파트 및 부속건물. 이 경우 「공동주택관리법」 제2조제1항제10호에 따른 관리주체에 의하여 관리되는 동일한 아파트단지 안에 있는 15층 이하의 아파트를 포함한다.

13. 「산업집적활성화 및 공장설립에 관한 법률」 제16조제1항에 따라 등록된 공장으로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

14. 층수가 11층 이상인 건물. 다만, 아파트(제12호에 따른 아파트는 제외한다)·창고 및 모든 층을 주차용도로 사용하는 건물과 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.
15. 「공중위생관리법」 제2조제1항제3호에 따른 목욕장업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
16. 「영화 및 비디오물의 진흥에 관한 법률」 제2조제10호에 따른 영화상영관으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
17. 「도시철도법」 제2조제3호가목에 따른 도시철도의 역사(驛舍) 및 역 시설로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 역사 및 역 시설. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 역사 및 역 시설은 제외한다.
18. 「사격 및 사격장 안전관리에 관한 법률」 제5조에 따른 실내사격장으로 사용하는 건물

② 제1항제12호 및 제14호에 따른 건물의 층수 계산방법은 「건축법 시행령」 제119조제1항제9호에 따르되, 건축물의 옥상부분으로서 그 용도가 명백한 계단실 또는 물탱크실인 경우에는 층수로 산입하지 아니하며, 지하층은 이를 층으로 보지 아니한다.

제5조(보험금액)

① 법 제8조제1항제2호에 따라 특수건물의 소유자가 가입하여야 하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 기준을 충족하여야 한다.

1. 사망의 경우: 피해자 1명마다 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상의 경우: 피해자 1명마다 별표 1에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체에 생긴 장애(이하 "후유장애"라한다)의 경우: 피해자 1명마다 별표 2에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
4. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 사고 1건마다 10억원

의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 하나의 사고로 제1항제1호부터 제3호까지 중 둘 이상에 해당하게 된 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 보험금을 지급한다.

1. 부상당한 피해자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항제1호에 따른 금액과 같은 항 제2호에 따른 금액을 더한 금액
2. 부상당한 피해자에게 후유장애가 생긴 경우: 피해자 1명마다 제1항제2호에 따른 금액과 같은 항 제3호에 따른 금액을 더한 금액
3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 제1항 각 호에 따른 손해액의 범위는 총리령으로 정한다.

제8조(보험금 지급)

① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체없이 해당 보험금을 지급하여야 한다.

② 손해보험회사는 제1항에 따라 보험금을 지급하였을 때에는 지체없이 다음 각호의 사항을 보험계약자에게 통지하여야 한다.

1. 보험금의 지급청구자와 수령자의 주소 및 성명
2. 청구액과 지급액
3. 피해자의 주소 및 성명

【법규25】

화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙

제2조(손해액)

①「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제5조제1항제1호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 사망한 때의 월급액이나 월실수입액(月實收入額) 또는 평균임금에 장래의 취업가능 기간을 곱한 금액
2. 남자 평균임금의 100일분에 해당하는 장례비

② 영 제5조제1항제2호에 따른 손해액은 화재로 인하여 신체에 부상을 입은 경우에 그 부상을 치료하는 데에 드는 모든 비용으로 한다.

③ 영 제5조제1항제3호에 따른 손해액은 그 장애로 인한 노동력 상실 정도에 따라 피해를 입은 당시의 월급액이나 월실수입액 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱한 금액으로 한다.

④ 영 제5조제1항제4호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 피해를 입은 당시의 그 물건의 교환가액 또는 필요한 수리를 하거나 이를 대신할 수리비
2. 제1호의 수리로 인하여 수입에 손실이 있는 경우에는 수리기간 중 그 손실액

【법규26】

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률

제1조(목적)

이 법은 호스피스ㆍ완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단등결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.
6. "호스피스ㆍ완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
   가. 암
   나. 후천성면역결핍증
   다. 만성 폐쇄성 호흡기질환

라. 만성 간경화
마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환
7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "말기환자등"이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.
8. "연명의료계획서"란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.
9. "사전연명의료의향서"란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

제37조(보험 등의 불이익 금지)
이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

색인

(1~9)

12대가전제품 고장수리비용보장 특별약관 ····· 1409
131대질병수술비보장 특별약관 ····· 409
16대특정암진단비보장 특별약관 ····· 359
20대가전제품 고장수리비용보장 특별약관 ····· 1408
2대질병수술비보장 특별약관 ····· 365
2대질병입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 362
32대질병관혈수술비(연간1회한)보장 특별약관 ····· 415
3대장애진단비보장 특별약관 ····· 1076
4대양성종양진단비보장 특별약관 ····· 319
50%이상후유장해 및 9대질병진단(페이백 기본형)보장
특별약관 ····· 537
50%이상후유장해 및 9대질병진단(페이백 만기확장형)보장
특별약관 ····· 544
5대고액치료비암진단비보장 특별약관 ····· 254
5대골절수술비Q보장 특별약관 ····· 178
5대골절수술비보장 특별약관 ····· 178
5대골절진단비보장 특별약관 ····· 177
5대장기이식수술비보장 특별약관 ····· 513
5대질환수술비(Ⅱ)(연간1회한)보장 특별약관 ····· 420
7대장기이식대기등록보장 특별약관 ····· 554
7대질병입원일당보장 특별약관 ····· 297

(A)

ADHD진단비보장 특별약관 ····· 1097

(ㄱ)

가사도우미지원 프로그램(보호자 특정고위험산모질환진단비)
추가특별약관 ····· 997
각막이식수술비보장 특별약관 ····· 518
갑상선기능항진증치료비보장 특별약관 ····· 450
갑상선암(초기제외)진단비보장 특별약관 ····· 426
건선특정치료비(급여, 연간1회한)보장 특별약관 ····· 505
결핵진단비보장 특별약관 ····· 385
계속받는 항암방사선약물치료비(급여) (연간1회한)보장
특별약관 ····· 465
계약전환 특별약관 ····· 814
골절(치아파절 제외)진단비Ⅱ보장 특별약관 ····· 164
골절수술비ⅡQ보장 특별약관 ····· 172

골절수술비Ⅱ보장 특별약관 ····· 172
골절진단비Ⅱ보장 특별약관 ····· 166
급성신우신염진단비보장 특별약관 ····· 503
급성심근경색증진단비보장 특별약관 ····· 283
급성심근경색증진단비추가보장 특별약관 ····· 283
급성심근경색증통원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관 478
기흉진단비(태아가입용)보장 특별약관 ····· 1145
기흉진단비보장 특별약관 ····· 1106
깁스치료비보장 특별약관 ····· 516

(ㄴ)
뇌졸중진단비보장 특별약관 ····· 281
뇌졸중진단비보장(태아가입용)특별약관 ····· 350
뇌졸중진단비추가보장 특별약관 ····· 281
뇌졸중진단비추가보장(태아가입용) 특별약관 ····· 350
뇌졸중통원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관 ····· 474
뇌혈관질환수술비보장 특별약관 ····· 403
뇌혈관질환진단비 추가보장 특별약관 ····· 344
뇌혈관질환진단비보장 특별약관 ····· 344
뇌혈관질환진단비보장(태아가입용) 특별약관 ····· 353
뇌혈관질환진단비추가보장(태아가입용)특별약관 ····· 353

(ㄷ)
다발성소아암진단비보장 특별약관 ····· 1085
당뇨병수술비보장 특별약관 ····· 313
대중교통이용중 교통상해후유장해(3~100%)보장 특별약관 139
독감(인플루엔자)및특정9대감염병입원일당 (1일이상
30일한도)보장 특별약관 ····· 509
독액성동물접촉중독진단비(연간1회한)보장 특별약관 ···· 1122

(ㅁ)
만성당뇨합병증진단비보장 특별약관 ····· 383
말기신부전증진단비보장 특별약관 ····· 401
매월 계속암치료비보장 특별약관 ····· 393
매월 유사암치료비보장 특별약관 ····· 390
매월 첫번째암치료비(유사암제외)보장 특별약관 ····· 387
모야모야병개두수술비보장 특별약관 ····· 1088

(ㅂ)
보험료 자동납입 특별약관 ····· 834
보험료납입면제진단비(50%이상후유장해 및
9대질병진단)보장 특별약관 ····· 531

보호자 분만전후출혈수혈치료비(최초1회한)보장
추가특별약관 ····· 999
보호자 여성산과관련자궁적출수술비보장 추가특별약관 ·· 982
보호자 여성산과관련질병사망보장 추가특별약관 ····· 993
보호자 유산수술비보장 추가특별약관 ····· 977
보호자 유산입원일당보장 추가특별약관 ····· 975
보호자 유산진단비보장 추가특별약관 ····· 989
보호자 임신중독증(자간포함)진단비보장 추가특별약관 ··· 987
보호자 임신・출산질환 고혈압당뇨병입원일당보장
추가특별약관 ····· 979
보호자 임신・출산질환수술비보장 추가특별약관 ····· 972
보호자 임신・출산질환입원일당보장 추가특별약관 ····· 969
보호자 자궁경관봉축술치료비(급여)보장 추가특별약관 1001
보호자 출산전선별검사이상소견진단비 보장 추가특별약관 991
보호자 태반조기박리진단비보장 추가특별약관 ····· 985
보호자 특정고위험산모질환진단비 (가사도우미지원)보장
추가특별약관 ····· 995
보호자 특정산과적외상진단비보장 추가특별약관 ····· 1003
부정교합치료비보장 특별약관 ····· 1252
비운전자용 교통상해 골절수술비Ⅱ보장 특별약관 ····· 183
비운전자용 교통상해 골절진단비Ⅱ보장 특별약관 ····· 181
비운전자용 교통상해후유장해(3~100%)보장 특별약관 ··· 142
비운전자용 자동차사고부상치료비(1~3급)보장 특별약관 199
비운전자용자동차사고부상치료비(Ⅱ)보장 특별약관 ····· 196

(ㅅ)

사망보험금 양육연금전환 특별약관 ····· 826
사시수술비보장 특별약관 ····· 1161
상급병실(1인실) 상급종합병원일반상해입원일당 (1일이상
10일한도)보장특별약관 ····· 221
상급병실(1인실) 상급종합병원질병입원일당 (1일이상
10일한도)Q보장 특별약관 ····· 460
상급병실(1인실) 상급종합병원질병입원일당 (1일이상
10일한도)보장 특별약관 ····· 460
상급종합병원 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관 · 216
상급종합병원질병입원일당(1일이상)Q보장 특별약관 ····· 428
상급종합병원질병입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 428
상해사고부상치료비보장 특별약관 ····· 175
상해수술비Q보장 특별약관 ····· 186
상해수술비Q추가보장 특별약관 ····· 186
상해수술비보장 특별약관 ····· 186
상해수술비추가보장 특별약관 ····· 186

상해흉터복원수술비보장 특별약관 ····· 190
생활질환입원일당보장 특별약관
(아토피피부염·중이염·축농증) ····· 1069
선천이상수술비Ⅱ보장 특별약관 ····· 1131
선천이상수술비Ⅲ보장 특별약관 ····· 1163
선천이상입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 1134
선천이상진단비보장 특별약관 ····· 890
성장판손상골절진단비보장 특별약관 ····· 1129
소아백혈병진단비보장 특별약관 ····· 1092
소아청소년특정성인병진단비보장 특별약관 ····· 1101
소아탈장수술비보장 특별약관 ····· 1090
수술비(1~7종, 연간3회한)(태아고급형)[상해]보장 특별약관 232
수술비(1~7종, 연간3회한)(태아고급형)[질병]보장 특별약관 493
수술비(1~7종, 연간3회한)[상해]보장 특별약관 ····· 225
수술비(1~7종, 연간3회한)[질병]보장 특별약관 ····· 482
스쿨존내 어린이 교통사고치료비보장 특별약관 ····· 1063
시력교정비보장 특별약관 ····· 1083
시력치료비보장 특별약관 ····· 1081
시청각질환수술비보장 특별약관 ····· 376
식중독입원일당보장 특별약관 ····· 1074
신8대가전제품 고장수리비용보장 특별약관 ····· 1410
신골절치료비(치아파절포함)보장 특별약관 ····· 213
신깁스치료비보장 특별약관 ····· 528
신생아 인큐베이터입원일당(1일이상 120일한도)보장
특별약관 ····· 911
신생아입원일당(1일이상 120일한도)보장 특별약관 ····· 896
신생아입원일당(4일이상 120일한도)보장 특별약관 ····· 881
신생아질환수술비보장 특별약관 ····· 908
신생아특정질환및외상진단비보장 특별약관 ····· 906
신화상치료비Q보장 특별약관 ····· 168
신화상치료비보장 특별약관 ····· 168
심장관련소아특정질병진단비보장 특별약관 ····· 1079
심한상해수술비보장 특별약관 ····· 207

(ㅇ)

아나필락시스진단비(응급, 연간1회한)보장 특별약관 ····· 551
아동학대피해치료비(친족제외,연간1회한)보장 특별약관 1125
아토피진단비보장 특별약관 ····· 1170
안전사고피해치료비보장 특별약관(폭력치료비,
유괴인신매매피해치료비) ····· 1066
암수술비(유사암제외)보장 특별약관 ····· 256
암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 60일한도)보장 특별약관 273

암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도)보장 특별약관 269
암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)보장
특별약관 ····· 264
암직접치료통원일당(상급종합병원)보장 특별약관 ····· 469
암진단비(유사암 및 소액암 제외)보장 특별약관 ····· 325
암진단비(유사암제외)보장 특별약관 ····· 248
암진단비(유사암제외)추가보장 특별약관 ····· 248
양성뇌종양진단비Ⅱ보장 특별약관 ····· 317
어린이12대다발성질환입원일당보장 특별약관 ····· 1071
어린이개흉심장수술비보장 특별약관 ····· 1094
어린이심장시술비보장 특별약관 ····· 1138
여성형유방증(2급이상)수술비(최초1회한) ····· 1180
옴(진드기)진단비(연간1회한)보장 특별약관 ····· 1120
요관역류(Ⅰ~Ⅴ등급)진단비(연간1회한)보장 특별약관 ·· 1114
요관역류(Ⅳ~Ⅴ등급)진단비(연간1회한)보장 특별약관 ·· 1117
원형탈모증진단비보장 특별약관 ····· 1150
유괴납치피해일당보장 특별약관 ····· 1103
유사암수술비보장 특별약관 ····· 260
유사암진단비보장 특별약관 ····· 251
유사암진단비추가보장 특별약관 ····· 251
응급실내원비(비응급)Q보장 특별약관 ····· 523
응급실내원비(비응급)보장 특별약관 ····· 523
응급실내원비(응급)보장 특별약관 ····· 520
의료사고법률비용보장 특별약관 ····· 556
이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관 ····· 823
이차암진단비보장 특별약관 ····· 328
인공와우이식수술비(최초1회한)보장 특별약관 ····· 1166
인슐린의존당뇨병진단비보장 특별약관 ····· 1174
일반상해 50%이상후유장해 재활자금보장 특별약관 ····· 154
일반상해80%이상후유장해 재활자금보장 특별약관 ····· 151
일반상해80%이상후유장해보장 특별약관 ····· 131
일반상해수술입원일당(1일이상 20일한도)Q보장 특별약관 202
일반상해수술입원일당(1일이상 20일한도)보장 특별약관 202
일반상해입원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관 ····· 219
일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 157
일반상해입원일당(1일이상)추가보장 특별약관 ····· 157
일반상해입원일당(4일이상)보장 특별약관 ····· 159
일반상해중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 161
일반상해후유장해(20~100%)보장 특별약관 ····· 135
일반상해후유장해(3~100%)보장 특별약관 ····· 133
임신27주이내 조산치료비보장 특별약관 ····· 889

(ㅈ)

자동갱신 특별약관 ····· 811
자전거탑승중상해후유장해(3~100%)보장 특별약관 ····· 148
장애인전용보험전환 특별약관 ····· 837
재진단암진단비(1년 대기형)보장 특별약관 ····· 436
재진단암진단비(2년 대기형)보장 특별약관 ····· 443
저체중아(2.5kg이하)입원일당(3일이상 60일한도)보장 특별약관 880
저체중아(2.5kg이하)출생보장 특별약관 ····· 898
전자서명 특별약관 ····· 830
정신질병장애진단비보장 특별약관 ····· 381
조혈모세포이식수술비보장 특별약관 ····· 304
종합병원 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 210
종합병원 질병입원일당(1일이상)Q보장 특별약관 ····· 243
종합병원 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 243
중대한재생불량성빈혈진단비보장 특별약관 ····· 458
중대한특정상해수술비보장 특별약관 ····· 193
중등증이상아토피진단비보장 특별약관 ····· 1159
중증세균성수막염진단비보장 특별약관 ····· 1095
중증아토피진단비보장 특별약관 ····· 1136
중증틱장애진단비보장 특별약관 ····· 1172
지정대리청구서비스 특별약관 ····· 832
진성성조숙증진단비보장 특별약관 ····· 1099
질병80%이상후유장해보장 특별약관 ····· 424
질병수술비(특정5대질병 제외)Q보장 특별약관 ····· 453
질병수술비(특정5대질병 제외)보장 특별약관 ····· 453
질병수술비Q보장 특별약관 ····· 300
질병수술비Q추가보장 특별약관 ····· 300
질병수술비보장 특별약관 ····· 300
질병수술비추가보장 특별약관 ····· 300
질병수술입원일당(1일이상 20일한도)Q보장 특별약관 ····· 338
질병수술입원일당(1일이상 20일한도)보장 특별약관 ····· 338
질병입원일당(1일이상 30일한도)Q보장 특별약관 ····· 433
질병입원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관 ····· 433
질병입원일당(1일이상)Q보장 특별약관 ····· 285
질병입원일당(1일이상)Q추가보장 특별약관 ····· 285
질병입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 285
질병입원일당(1일이상)추가보장 특별약관 ····· 285
질병입원일당(4일이상)보장 특별약관 ····· 289
질병중환자실 입원일당(1일이상)Q보장 특별약관 ····· 292
질병중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 292
질병후유장해(3~100%)보장 특별약관 ····· 374
질병후유장해(3~100%)추가보장 특별약관 ····· 374

(ㅊ)

척추측만증(Cobb's 각도20도이상)진단비보장 특별약관 1176
척추측만증수술비보장 특별약관 ····· 1178
천식지속상태(급성중증천식)진단비보장 특별약관 ····· 501
추간판장애(디스크질환)수술비보장 특별약관 ····· 336
출생위험(Ⅱ)보장 특별약관(저체중아(2.0kg이하) 출생, 장해 출생, 심한장해 출생) ····· 883
출생위험(Ⅲ)(무사고지급형)보장 특별약관 (저체중아(2.5kg이하) 출생, 저체중아(2.0kg이하) 출생, 장해 출생, 심한장해 출생) ····· 902
출생위험(Ⅲ)보장 특별약관(저체중아(2.5kg이하) 출생, 저체중아(2.0kg이하) 출생, 장해 출생, 심한장해 출생) ·· 886
출생전자녀가입 특별약관 ····· 805
충수염수술비보장 특별약관 ····· 310

(ㅋ)

컴퓨터과잉질환(VDT증후군)입원일당 (1일이상)보장 특별약관 ····· 378

(ㅌ)

태아올페이백(특정선천이상진단비)보장 특별약관 ····· 900
특별조건부(할증보험료법) 특별약관 ····· 835
특정 신체부위・질병 보장제한부 인수 특별약관 ····· 820
특정9대감염병진단비(연간1회한, 태아가입용)보장 특별약관 1143
특정9대감염병진단비(연간1회한)보장 특별약관 ····· 1104
특정관장처치비(급여,응급실내원)보장 ····· 1195
특정단순창상봉합술치료비(급여,연간3회한)보장 ····· 1183
특정상해진단비보장 특별약관 ····· 241
특정선천이상및신경계질환 재활치료비(급여,연간90회한)보장1190
특정선천이상진단비보장 특별약관 ····· 892
특정언어장애진단비(연간1회한)보장 특별약관 ····· 1148
특정여가활동중상해후유장해(3~100%)보장 특별약관 ····· 145
특정외상성손상진단비보장 특별약관 ····· 239
특정요로감염(N39.0) 및 신생아요로감염진단비 (연간1회한)보장 특별약관 ····· 1157
특정요로감염(N39.0)진단비(연간1회한)보장 특별약관 ·· 1112
특정이물제거치료비Ⅰ(급여,연간1회한)보장 특별약관 ··· 1108
특정이물제거치료비Ⅱ(급여,연간1회한)보장 특별약관 ··· 1110
특정전염병진단비보장 특별약관 ····· 316
특정출생장해돌봄자금보장 특별약관 ····· 894
특정화상처치비(급여,연간5회한)보장 ····· 1186
특정희귀난치성질환수술비보장 특별약관 ····· 371

특정희귀난치성질환입원일당보장 특별약관 ····· 368

(ㅍ)
팔 및 손가락 후유장해보장 특별약관 ····· 137
피보험자추가보장 특별약관 ····· 810

(ㅎ)
항암가발비용보장 특별약관 ····· 490
항암방사선약물치료비보장 특별약관 ····· 277
허혈성심장질환수술비보장 특별약관 ····· 406
허혈성심장질환진단비 추가보장 특별약관 ····· 347
허혈성심장질환진단비보장 특별약관 ····· 347
호흡기관련질병수술비보장 특별약관 ····· 307
환경성질환입원일당보장 특별약관 ····· 334
희귀난치성 7대질환진단비보장 특별약관 ····· 357

※갱신형
(1~9)
갱신형 131대질병수술비보장 특별약관 ····· 409
갱신형 16대특정암진단비보장 특별약관 ····· 359
갱신형 32대질병관혈수술비(연간1회한)보장 특별약관 ···· 415
갱신형 3대질환 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)보장
특별약관 ····· 1641
갱신형 5대질환수술비(Ⅱ)(연간1회한)보장 특별약관 ····· 420

(ㄱ)
갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅱ)보장 특별약관 ····· 1292
갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅲ)보장 특별약관 ····· 1307
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅱ)(1일이상
180일한도)(10년갱신형)보장 특별약관 ····· 1254
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅱ)(1일이상
180일한도)(3년갱신형)보장 특별약관 ····· 1254
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅱ)(1일이상
180일한도)(10년갱신형)Q보장 특별약관 ····· 1278
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅱ)(1일이상
180일한도)(10년갱신형)보장 특별약관 ····· 1265
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅱ)(1일이상
180일한도)(3년갱신형)Q보장 특별약관 ····· 1278
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅱ)(1일이상
180일한도)(3년갱신형)보장 특별약관 ····· 1265
갱신형 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)보장 특별약관1547
갱신형 계속받는 특정면역항암약물허가치료비

(연간1회한)보장 특별약관 ····· 1559
갱신형 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비
(연간1회한)보장 특별약관 ····· 1734
갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비 (연간1회한)보장
특별약관 ····· 1510
갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅱ (연간1회한)보장
특별약관 ····· 1575
갱신형 골절(치아파절 제외)진단비Ⅱ보장 특별약관 ····· 164
갱신형 골절진단비Ⅱ보장 특별약관 ····· 166
갱신형 급성심근경색증진단비보장 특별약관 ····· 283

(ㄴ)
갱신형 뇌정위적방사선수술비(급여,연간1회한)보장 특별약관 1718
갱신형 뇌졸중진단비보장 특별약관 ····· 281
갱신형 뇌졸중진단비보장(태아가입용) 특별약관 ····· 350
갱신형 뇌혈관질환수술비보장 특별약관 ····· 403
갱신형 뇌혈관질환진단비보장 특별약관 ····· 344
갱신형 뇌혈관질환진단비보장(태아가입용) 특별약관 ····· 353

(ㄷ)
갱신형 다빈치로봇 암수술비보장 특별약관 ····· 1531
갱신형 독감(인플루엔자) 항바이러스제치료비
(연간1회한)보장 특별약관 ····· 1455
갱신형 독감(인플루엔자) 항바이러스제치료비(연간 1회한,
태아가입용)보장 특별약관 ····· 1453

(ㅂ)
갱신형 발치치료비(예약)보장 특별약관 ····· 1236

(ㅅ)
갱신형 상해수술비Q보장 특별약관 ····· 186
갱신형 상해수술비보장 특별약관 ····· 186
갱신형 소아성장호르몬결핍증치료비 (급여,연간1회한)보장
특별약관 ····· 1152
갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)(태아고급형) [질병]보장
특별약관 ····· 493
갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)(태아고급형)[상해]보장
특별약관 ····· 232
갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)[상해]보장 특별약관 ·· 225
갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)[질병]보장 특별약관 ·· 482
갱신형 신골절치료비(치아파절포함)보장 특별약관 ····· 213
갱신형 신깁스치료비보장 특별약관 ····· 528

(ㅇ)

갱신형 암 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관 1701
갱신형 암 내시경검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관 1741
갱신형 암 양전자단층촬영(PET)검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관 ····· 1705
갱신형 암수술비(유사암제외)보장 특별약관 ····· 256
갱신형 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)보장 특별약관 ····· 264
갱신형 암진단비(유사암제외)보장 특별약관 ····· 248
갱신형 암진단비(항암식단서비스)보장 특별약관 ····· 1709
갱신형 양전자단층촬영(PET)검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관 ····· 1645
갱신형 영구치상실치료비(예약)보장 특별약관 ····· 1197
갱신형 영유아시력교정안경치료비(연간1회한)보장 특별약관 1140
갱신형 유방암 유방재건수술비(급여, 연간1회한)보장 특별약관1745
갱신형 유사암수술비보장 특별약관 ····· 260
갱신형 유사암진단비보장 특별약관 ····· 251
갱신형 일반상해입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(10년갱신형)보장 특별약관 ····· 1262
갱신형 일반상해입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(3년갱신형)보장 특별약관 ····· 1262
갱신형 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 157
갱신형 일반상해중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관 161

(ㅈ)

갱신형 질병수술비(특정5대질병 제외)Q보장 특별약관 ···· 453
갱신형 질병수술비(특정5대질병 제외)보장 특별약관 ····· 453
갱신형 질병수술비Q보장 특별약관 ····· 300
갱신형 질병수술비보장 특별약관 ····· 300
갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(10년갱신형)Q보장 특별약관 ····· 1287
갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(10년갱신형)보장 특별약관 ····· 1274
갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(3년갱신형)Q보장 특별약관 ····· 1287
갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(3년갱신형)보장 특별약관 ····· 1274
갱신형 질병입원일당(1일이상)Q보장 특별약관 ····· 285
갱신형 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관 ····· 285
갱신형 질병중환자실 입원일당(1일이상)Q보장 특별약관 292
갱신형 질병중환자실 입원일당(1일이상)보장 특별약관 ··· 292
갱신형 질병후유장해(3~100%)보장 특별약관 ····· 374

(ㅊ)

갱신형 체외충격파쇄석술치료비 (급여,연간1회한)보장 특별약관 ····· 1583
갱신형 치면열구전색술(실란트)치료비(예약)보장 특별약관 1242
갱신형 치석제거(스케일링)치료비(예약)보장 특별약관 ·· 1226
갱신형 치아근관치료비(치아신경치료비)(예약)보장 특별약관 1220
갱신형 치아보존치료비(예약)보장 특별약관 ····· 1213
갱신형 치아보철치료비(예약)보장 특별약관 ····· 1202
갱신형 치아촬영비(X-ray 및 파노라마)(예약)보장 특별약관 1231
갱신형 치주소파술치료비(예약)보장 특별약관 ····· 1209

(ㅌ)

갱신형 특정 임플란트 치조골 이식술치료비(예약)보장 특별약관 ····· 1246
갱신형 특정NGS유전자패널검사비 (급여,연간1회한)보장 특별약관 ····· 1698
갱신형 특정면역항암약물허가치료비보장 특별약관 ····· 1551
갱신형 특정생검조직병리검사비 (급여,연간1회한)보장 특별약관 ····· 1694
갱신형 특정질환3대치료비보장 특별약관 ····· 1538
갱신형 특정호르몬약물허가치료비보장 특별약관 ····· 1722

(ㅍ)

갱신형 폴립및양성종양수술비(1~6종) (급여,연간1회한)보장 특별약관 ····· 1714
갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅱ보장 특별약관 ····· 1567
갱신형 표적항암약물허가치료비보장 특별약관 ····· 1501

(ㅎ)

갱신형 항암방사선약물치료비보장 특별약관 ····· 277
갱신형 항암세기조절방사선치료비보장 특별약관 ····· 1525
갱신형 항암양성자방사선치료비보장 특별약관 ····· 1519
갱신형 허혈성심장질환수술비보장 특별약관 ····· 406
갱신형 허혈성심장질환진단비보장 특별약관 ····· 347