
무배당 흥국화재 착한가격 건강보험(2001)
약 관

흥국화재해상보험주식회사

목 차

쉽게 이해하는 보험약관

보험용어 해설	7
주요내용 요약서	8
가입자 유의사항	10
자주 발생하는 민원 예시	13
보험금 지급 절차 안내문	16
보험금 청구시 준비하여야 할 서류	18

보 통 약 관

제1관 목적 및 용어의 정의	21
제1조(목적)	21
제2조(용어의 정의)	21
제2관 보험금의 지급	23
제3조(보험금의 지급사유)	23
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	23
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	24
제6조(보험금 지급사유의 통지)	25
제7조(보험금의 청구)	25
제8조(보험금의 지급절차)	25
제9조(중도인출)	26
제10조(보험금 받는 방법의 변경)	26
제11조(주소변경통지)	26

제12조(보험수익자의 지정)	27
제13조(대표자의 지정)	27

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	27
제14조(계약 전 알릴 의무)	27
제15조(상해보험계약 후 알릴 의무)	28
제16조(알릴 의무 위반의 효과)	29
제17조(사기에 의한 계약)	29

제4관 보험계약의 성립과 유지	30
제18조(보험계약의 성립)	30
제19조(청약의 철회)	30
제20조(약관 교부 및 설명의무 등)	31
제21조(계약의 무효)	32
제22조(계약내용의 변경 등)	32
제23조(보험나이 등)	33
제24조(보통약관 계약의 소멸)	34
제24조의2(계약의 소멸시 책임준비금의 청구)	34

제5관 보험료의 납입	34
제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	34
제26조(제2회 이후 보험료의 납입)	35
제27조(보험료 납입면제)	35
제28조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)	35
제29조(보험료의 자동대출납입)	39
제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	39
제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	40
제32조(강제징행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	40

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등	41
제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	41
제34조(중대사유로 인한 해지)	41
제35조(회사의 파산선고와 해지)	42
제36조(해지환급금)	42
제37조(보험계약대출)	42
제38조(배당금의 지급)	42
제7관 분쟁의 조정 등	42
제39조(분쟁의 조정)	42
제40조(관할법원)	42
제41조(소멸시효)	42
제42조(약관의 해석)	43
제43조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)	43
제44조(회사의 손해배상책임)	43
제45조(개인정보보호)	43
제46조(준거법)	43
제47조(예금보험에 의한 지급보장)	43

특별약관

제1장. 상해관련 특별약관	44
1. 일반상해사망 특별약관	44
1-1. 일반상해사망 특별약관	44
1-2. 일반상해사망(갱신형_20년) 특별약관	44
2. 일반상해후유장해(80%미만) 특별약관	45
3. 일반상해후유장해(80%미만)II 특별약관	46
4. 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관	48
4-1. 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관	48

4-2. 일반상해입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관	48
5. 일반상해입원비(4일-180일) 특별약관	49
6. 일반상해수술동반입원비(1일-20일) 특별약관	50
7. 상해중환자실입원비(1일-180일) 특별약관	52
8. 골절진단비(치아파절 제외) 특별약관	53
【별표】 골절(치아파절 제외) 분류표	54
9. 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) 특별약관	54
【별표①】 골절(치아파절제외) 분류표 II	56
【별표②】 골절 등급분류기준표	57
10. 골절수술비 특별약관	58
【별표】 골절 분류표	59
11. 5대골절수술비 특별약관	59
【별표】 5대골절 분류표	61
12. 골절수술비(1~5급)(연간1회한) 특별약관	61
【별표①】 골절 분류표III	63
【별표②】 골절 등급분류기준표 II	64
13. 화상진단비 특별약관	64
【별표】 화상 분류표	65
14. 화상수술비 특별약관	66
15. 상해수술비 특별약관	67
15-1. 상해수술비 특별약관	67
15-2. 상해수술비(갱신형_20년) 특별약관	67
16. 뇌·내장상해 수술비 특별약관	69
【별표】 뇌·내장손상 분류표	70
17. 상해1~5중수술비 특별약관	72
17-1. 상해1~5중수술비 특별약관	72
17-2. 상해1~5중수술비(갱신형_20년) 특별약관	72
【별표】 1-5중 수술분류표	74
18. 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일) 특별약관	78
19. 종합병원 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관	79

제2장. 질병관련 특별약관	81
1. 질병사망(감액없음) 특별약관	81
1-1. 질병사망(감액없음) 특별약관	81
1-2. 질병사망(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관	81
2. 질병후유장해(80%미만)(감액없음) 특별약관	82
2-1. 질병후유장해(80%미만)(감액없음) 특별약관	82
2-2. 질병후유장해(80%미만)(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관	82
3. 질병후유장해(80%미만)III(감액없음) 특별약관	84
4. 질병입원비(1일-180일) 특별약관	85
5. 질병입원비(4일-180일) 특별약관	86
6. 질병중환자실입원비(1일-180일) 특별약관	88
7. 질병수술동반입원비(1일-20일) 특별약관	89
8. 질병수술비 특별약관	93
9. 질병수술비(특정3대질병제외) 특별약관	94
【별표】 특정3대질병 분류표	96
10. 암진단비(유사암제외) 특별약관	97
【별표①】 악성신생물(암) 분류표	99
【별표②】 체자리신생물(상피내암) 분류표	100
【별표③】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	100
11. 암진단비(소액암 및 유사암제외) 특별약관	101
12. 유사암진단비 특별약관	103
13. 11대특정암진단비 특별약관	104
【별표】 11대특정암 분류표	105
14. 갑상선암(초기제외)진단비 특별약관	106
15. 고액치료비암진단비 특별약관	107
【별표】 고액치료비암 분류표	109
16. 암직접치료입원비(요양병원 제외)(4일-120일) 특별약관	110
17. 암직접치료입원비(요양병원 제외)(1일-180일) 특별약관	113
18. 요양병원 암입원비(1일-60일) 특별약관	116
19. 요양병원 암입원비(1일-90일) 특별약관	118

20. 암수술비III 특별약관	121
21. 암수술비IV 특별약관	123
22. 항암방사선약물치료비 특별약관	125
23. 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한) 특별약관 ..	127
24. 암사망 특별약관	129
25. 재진단암III진단비 특별약관	131
25-1. 재진단암III진단비 특별약관	131
25-2. 재진단암III진단비(갱신형_20년) 특별약관	131
26. 급성심근경색증사망 특별약관	136
【별표】 급성심근경색증 분류표	137
27. 급성심근경색증진단비 특별약관	137
28. 허혈성심질환진단비 특별약관	138
28-1. 허혈성심질환진단비 특별약관	138
28-2. 허혈성심질환진단비(갱신형_20년) 특별약관	138
【별표】 허혈성심질환 분류표	139
29. 뇌출혈진단비 특별약관	140
【별표】 뇌출혈 분류표	141
30. 뇌졸중사망 특별약관	141
【별표】 뇌졸중 분류표	143
31. 뇌졸중진단비 특별약관	143
32. 뇌혈관질환진단비 특별약관	145
32-1. 뇌혈관질환진단비 특별약관	145
32-2. 뇌혈관질환진단비(갱신형_20년) 특별약관	145
【별표】 뇌혈관질환 분류표	146
33. 급성심근경색증입원비(4일-120일) 특별약관	147
34. 급성심근경색증입원비(1일-180일) 특별약관	148
35. 뇌졸중입원비(4일-120일) 특별약관	150
36. 뇌졸중입원비(1일-180일) 특별약관	152
37. 두 번째 급성심근경색증진단비 특별약관	154
37-1. 두 번째 급성심근경색증진단비 특별약관	154

37-2. 두 번째 급성심근경색증진단비(갱신형_20년) 특별약관	154
38. 두 번째 뇌출혈진단비 특별약관	156
38-1. 두 번째 뇌출혈진단비 특별약관	156
38-2. 두 번째 뇌출혈진단비(갱신형_20년) 특별약관	156
39. 혈전용해치료비(1회한) 특별약관	159
40. 영구적장해동반뇌졸중 II 진단비 특별약관	161
40-1. 영구적장해동반뇌졸중 II 진단비 특별약관	161
40-2. 영구적장해동반뇌졸중 II 진단비(갱신형_20년) 특별약관	161
41. 3대질병진단비III 특별약관	162
41-1. 3대질병진단비III 특별약관	162
41-2. 3대질병진단비III(갱신형_20년) 특별약관	162
【별표①】 악성신생물(암) 분류표	165
【별표②】 뇌졸중 II 분류표	166
【별표③】 급성심근경색증 분류표	166
42. 재진단3대질병진단비 특별약관	167
42-1. 재진단3대질병진단비 특별약관	167
42-2. 재진단3대질병진단비(갱신형_20년) 특별약관	167
【별표①】 악성신생물(암) 분류표	175
【별표②】 뇌졸중 II 분류표	175
【별표③】 급성심근경색증 분류표	175
【별표④】 전립선암 분류표	175
43. 뇌졸중수술비 특별약관	176
44. 뇌졸중 및 급성심근경색증수술비 II 특별약관	177
45. 허혈성심질환수술비 특별약관	180
45-1. 허혈성심질환수술비 특별약관	180
45-2. 허혈성심질환수술비(갱신형_20년) 특별약관	180
46. 뇌혈관질환수술비 특별약관	181
46-1. 뇌혈관질환수술비 특별약관	181
46-2. 뇌혈관질환수술비(갱신형_20년) 특별약관	181
47. 뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비 특별약관	183

47-1. 뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비 특별약관	183
47-2. 뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비(갱신형_20년) 특별약관	183
48. 질병1~5중수술비 특별약관	186
49. 5대기관질환수술비 특별약관	188
【별표】 5대기관질환 분류표	190
50. 30대특정질병수술비 특별약관	191
【별표】 30대특정질병 분류표	193
51. 71대특정질병수술비 특별약관	196
【별표①】 20대특정질병 분류표	199
【별표②】 22대특정질병 분류표	200
【별표③】 23대특정질병 분류표	203
【별표④】 6대특정질병 분류표	206
52. 피부질환수술비(연간1회한) 특별약관	207
【별표】 피부질환 분류표	209
53. 말기폐질환진단비 특별약관	209
【별표】 말기폐질환 분류표	210
54. 말기간경화진단비 특별약관	211
55. 말기신부전증진단비 특별약관	212
56. 대상포진진단비 특별약관	213
【별표】 대상포진 분류표	213
57. 대상포진눈병진단비 특별약관	214
【별표】 대상포진눈병 분류표	214
58. 통풍진단비 특별약관	215
【별표】 통풍 분류표	216
59. 양성뇌종양진단비 특별약관	216
60. 병적골절동반 골다공증진단비 특별약관	217
【별표】 병적골절동반 골다공증 분류표	218
61. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일) 특별약관	219
62. 종합병원 질병입원비(1일-180일) 특별약관	220

제3장. 상해 및 질병관련 특별약관	223
1. 중증치매진단비(CDR3점이상) 특별약관	223
2. 응급실내원비(응급)(갱신형_20년) 특별약관	225
【별표】 응급증상 및 이에 준하는 증상	226
3. 응급실내원비(비응급)(갱신형_20년) 특별약관	227
4. 김스치료비 특별약관	229
5. 5대장기이식수술비 특별약관	229
6. 각막이식수술비 특별약관	231
7. 인공관절수술비 특별약관	232
제4장. 장기요양관련 특별약관	234
1. 장기요양간병비(1등급) 특별약관	234
2. 장기요양간병비(1~2등급) 특별약관	235
3. 장기요양간병비(1~4등급) 특별약관	237
제5장. 배상책임관련 특별약관	239
0. 배상책임관련 공동약관	239
1. 가족일상생활중배상책임 I (갱신형_1년) 특별약관	245
2. 가족일상생활중배상책임 II (갱신형_1년) 특별약관	247
제6장. 제도성 특별약관	250
1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관	250
2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관	251
【별표①】 특정신체부위 분류표	253
【별표②】 특정질병 분류표	254
3. 선지급서비스 특별약관	255
4. 보험료 자동납입 특별약관	256
5. 이륜자동차 운전중상해 부담보 특별약관	257
6. 특별조건부(할증보험료법 / 보험금감액법) 특별약관	258

7. 보험금대리청구인 지정서비스 특별약관	259
8. 장애인전용보험 전환 특별약관	260

별표

【별표1】 장해 분류표	263
【별표2】 기타관계법령	281
【별표3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	291

보험용어 해설

○ 보험약관

보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

○ 보험계약자

보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

<신체손해/비용손해 보장>

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

<재물손해/배상책임 보장>

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

○ 보험수익자

보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

○ 보험료

1) 보장보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료

2) 적립보험료

회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료

3) 적립부분 순보험료

적립보험료에서 적립부분 사업비를 공제한 후의 금액

※ 보험료 = 보장보험료 + 적립보험료

○ 보험금

<신체손해/비용손해 보장>

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

<재물손해/배상책임 보장>

피보험자의 배상책임손해 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 피보험자에게 지급하는 금액

○ 보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

보험계약자와 회사와의 보험계약 체결일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

○ 책임준비금

· 책임준비금 = 보장부분 책임준비금 + 적립부분 책임준비금

· 보장부분 책임준비금 : 장래의 보험금 지급을 위하여 보험계약자가 납

입한 보장순보험료 중 일정액을 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 보험회사가 적립해 둔 금액

- 적립부분 책임준비금 : 장래의 만기환급금 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 적립순보험료를 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 보험회사가 적립해 둔 금액

○ 해지환급금

- 계약의 효력 상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액으로, 책임준비금에서 해지공제액(미상각 신계약비)을 차감한 금액

종 구분	납입기간 중	납입기간 후
1종 (해지환급금 미지급형)	없음	해지환급금
2종 (일반형)	책임준비금에서 해지공제액(미상각 신계약비)을 차감한 금액	

- 해지공제액(미상각 신계약비) : 신계약을 청약하고 승낙하는 과정에서 소요되는 비용을 계약체결비용이라 하며, 일정기간 동안 기본보험료에서 균등하게 공제함. 그러나 계약을 중도에 해지하게 될 경우, 공제하지 못한 계약체결비용을 한꺼번에 공제하게 되는데 이를 해지공제액(미상각 신계약비)라 함
- 해지환급금 = 보장부분 해지환급금 + 적립부분 해지환급금

주요내용 요약서

1. 자필서명

보험계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않은 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다.

다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내(계약을 청약한 날부터 30일)에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 청약을 철회할 수 없습니다.

- 진단계약, 전문보험계약자가 체결한 계약
- 보험기간이 1년미만인 계약
- 청약을 한 날부터 30일을 초과한 경우(만65세 이상을 계약자로 하는 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일)

3. 계약취소

계약 체결시 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명 받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에 보험계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.

4. 계약의 무효

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

<신체손해/비용손해 보장>

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
- 계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

<재물손해/배상책임 보장>

- 계약을 맺을 때 보험목적에 이미 손해가 발생하였거나 그 원인이 생긴 것을 알면서도 이를 회사에 알리지 않았을 경우

5. 계약의 소멸(신체 관련)

이 보험계약은 피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력이 없습니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만일 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하고, 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

8. 계약 전·후 알릴 의무

- 계약 전 알릴의무 : 보험계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)
- 계약 후 알릴의무 : 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 우편, 전화, 방문의 방법으로 지체 없이 회사에 알려야 합니다.
 - 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
 - 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
 - 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
- 알릴의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 보험계약자 또는 보험수익자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

9. 보험금의 지급

- 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해 및 비용손해의 경우 3영업일, 재물손해 및 배상책임사고는 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 지급하여 드립니다.
- 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우 구체적인 사유와 지급예정일을 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드리며, 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

10. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 보험 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.

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

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴의무 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 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 보장개시일은 계약의 부활(효력회복)을 청약한 날로 하며, 암보장 등 해당 보장에서 별도로 정한 경우에는 해당 부활일을 따릅니다.

○ 상해 및 질병관련 보장

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.

○ 재물 및 배상책임관련 보장

- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은

이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 보험계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 보험계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

○ 갱신행 보장

- 갱신행 특별약관의 보험기간은 20년만기로 최초가입 후 20년마다 갱신을 통해 만기시까지 보장받을 수 있습니다. 단, 가족일상생활중배상책임 I, 가족일상생활중배상책임 II 특별약관은 1년을 만기로 합니다.
- 갱신행 보험요율의 변동에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 갱신행 특별약관의 보험료는 반드시 계약 만기시까지(추가)납입하셔야 계약이 정상 유지됩니다.

○ 보험료 납입 면제에 관한 사항

- 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 단, 갱신행 특별약관의 보험료는 납입면제에서 제외하며 해당 특별약관의 보험료를 계속 납입하셔야 합니다.
 - 가. 상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
나. 진단 확정된 질병으로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
 - 다. 암 보장개시일 이후 「암」(단, 「제자리암(상피내암)」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」은 제외)으로 진단확정되었을 경우
 - 라. 뇌졸중으로 진단확정되었을 경우
 - 마. 급성심근경색증으로 진단확정되었을 경우

위에서 정한 각 납입면제 사유별 진단확정은 약관에 정한 사항을 따릅니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

- 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 보험계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.
- 1종(해지환급금 미지급형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않는 대신 2종(일반형) 대비 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
- 1종(해지환급금 미지급형)의 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해지환급금은 지급하지 않습니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 2종(일반형)의 해지환급금과 동일합니다.
- 회사는 1종(해지환급금 미지급형) 가입시 2종(일반형)의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 상해 관련 보장

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

○ 특정질병 관련 보장

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

○ 암 관련 보장

- 보험계약일로부터 90일 이내에 암(기타피부암, 제자리암(상피내암), 경계성종양 및 갑상선암은 제외)으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체 검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인 됩니다.

○ 간병 관련 보장

- '중증치매상태'란 약관의 치매분류표에 해당하는 치매로 확정되고, CDR 척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태에서 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태)가 발생한 상태를 말합니다.

○ CI 관련 보장

- CI관련담보는 전체 질병이 아닌 중대한 암 등 약관에서 정하는 특정한 질병만을 보험금 지급대상으로 하므로, 중대한 질병이 무엇인지를 반드시 확인하시기 바랍니다.

○ 수술 관련 보장

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

○ 입원 관련 보장

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

○ 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료 관련 보장

- [호스피스전문기관]은 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)에 의해서 보건복지부장관에 의하여 지정된 의료기관으로, 호스피스전문기관은 <http://www.hospice.go.kr>를 통해 확인하실 수 있습니다. 향후 관련 법률이 변경된 경우 변경된 법률을 따릅니다.

○ 배상책임관련 담보 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

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

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

자주 발생하는 민원 예시

【고지의무 관련】

- 사례

A씨는 보험가입 후 계약전 알릴의무 사항에 대하여 사실과 다르게 고지한 부분을 사유로 보험금 청구시 보험금을 받지 못함에 대해 민원 제기

- 유의사항

보험계약자 또는 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필(전자)서명을 하셔야 합니다. 만일, 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우, 보험사는 보험계약자 또는 피보험자의 의사와 관계없이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

※ 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.



【초기 해지환급금 과소 관련】

- 사례

A씨는 보험가입 6개월 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으며, 해지시 해지환급금이 납입한 보험료보다 적은 것에 대한 민원 제기

- 유의사항

보험계약은 은행의 저축과 달리 납입한 보험료 중 일부는 다른 계약자에게 보험금으로 지급되며, 또다른 일부는 보험회사의 운영에 필요한 경비로 사용되어 해지환급금이 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.



【해지환급금 과소 관련】

(1종 해지환급금 미지급형 가입자에 한함)

- 사례

A씨는 1종 해지환급금 미지급형을 20년동안 보험료를 납입하는 구조로 가입하고 성실하게 보험료를 납부해오다 15년 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으나 해지환급금이 없는 것에 대한 민원 제기

- 유의사항

1종 해지환급금 미지급형은 납입기간 중에 해지시 해지환급금이 없는 반면 2종(일반형) 대비 낮은 보험료로 가입하실 수 있습니다.

납입기간 중 해지환급금 및 보험료 수준	2종 (일반형)	>	1종 (해지환급금 미지급형)
-----------------------------	-------------	---	--------------------

【암진단비 면책관련】

- 사례

A씨는 보험 가입 2개월 지난 시점에 위암진단 판정을 받고, 보험금을 청구하였으나, 보험금 지급이 거절되어 민원 제기

- 유의사항

약관에 의거하여, 암(갑상선암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 제외)은 계약일 이후 90일의 면책기간을 설정하고 있으며, 면책기간에 발생한 암진단(갑상선암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 제외)은 보험금을 지급하지 않습니다. 90일이 경과된 이후에도 일정기간(1년) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.



【피보험자의 직업 및 직무 변경 관련】

- 사례

A씨는 일반 사무직으로 근무하던 중 보험을 가입하고 몇 년 후 직업을 물품배달원으로 변경하였으나 이를 보험회사에 알리지 않았고, 일반상해로 사고가 발생한 후 보험금을 청구하였으나 보험금이 약정한 보험금보다 적은 것에 대해 민원 제기

- 유의사항

계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용운전자가 영업용운전자로 직업 또는 직무 변경 포함)하게 된 경우에는 즉시 회사에 알려야 합니다. 그러지 않을 경우 보험사고가 발생한 경우 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

【자동갱신 및 갱신시 보험료 인상 관련】

- 사례

A씨는 갱신행 보장에 대한 자동갱신 안내문을 받고 갱신행 보장의 보험료가 많이 인상됐다는 사실을 확인하고 민원제기

- 유의사항

자동갱신 보장은 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 만기일의 다음날에 자동 갱신되고, 갱신시 피보험자의 연령증가 및 해당 보장의 손해율에 따라 보험료가 인상될 수 있으며, 인상폭은 계약당시에 예측한 해당 보장의 손해율 차이에 따라 달라질 수 있습니다.

【질병손해 보장 관련】

- 사례

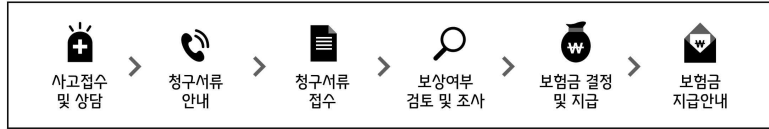
A씨는 질병보험에 가입 후 뇌졸중(I64) 진단을 받고 보험금을 청구하였으나, 보험금 지급이 거절되어 민원 제기

- 유의사항

뇌졸중이라 하더라도 약관에서 정의된 뇌졸중(질병분류코드 상 I60, I61, I62, I63, I65, I66에 해당하는 뇌졸중)으로 진단시에만 보험금이 지급되고 있습니다. 이 외 I64, I67, I68, I69로 진단시 보험금이 지급되지 않습니다.

보험금 지급 절차 안내문

보험금 지급절차



□ 보험금 청구서류 접수방법

- 보험금 청구는 방문 없이 홈페이지(www.heungkukfire.co.kr), 유선접수(1688-1688), 우편접수, Fax로 가능하며, 우편접수시에는 아래의 접수처로 보험금 청구서(당사양식)를 첨부하여 송부해 주시기 바랍니다.
 - * 우편접수 : (07254) 서울특별시 영등포구 버드나루로2길 7 (영등포동 2가) 흥국생명빌딩 9층 사고접수 담당자
- 담당부서 및 담당자 연락처, 예상지급일 등은 담당자가 지정되면 문자를 통해 알려드리며 담당자 지정 전에는 콜센터로 문의하시기 바랍니다.

□ 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.(상법662조)

□ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원방문 조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 금융감독원에 등록된 손해사정법인에게 조사업무를 위탁할 수 있습니다.
- 보험회사가 손해사정법인을 선임하는 경우 그 비용은 보험회사가 부담하며 가입자가 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 가입자가 부담하여야 합니다.

□ 장해진단서 제출시 유의사항

- 장해진단서를 제출하는 경우에는 가능한 3차 의료기관에서 진단 또는 소견을 요청드리며 진단 전에 보상 담당자와 협의하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.(3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원)

□ 의료심사

- 상해·질병 보험등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련기록 등 제출하여 주신 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.

□ 보험사간 치료비,벌금,배상책임 분담지급(비례보상 적용) 등

- 상해·질병으로 인한 의료비와 벌금, 배상책임 등 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 비례보상 원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다.
- 이 경우 개인정보 제공에 동의하시면 타사에 접수대행가능하며 타 보험사의 가입사항은 손해보험협회를 통해 확인 가능합니다.

□ 보험금 지급심사 지연안내 및 지연이자 지급

- 약관상 정해진 지급기일내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 지연사유, 지급예정일을 안내하여 드리며 지급예정일을 초과하는 경우 약관상 규정된 내용에 따라 지연이자를 산정하여 지급합니다.

□ 보험금 지급안내 및 심사절차 조회 방법

- 보험금은 정상지급 또는 삭감 및 부지급(약관, 판례 등의 사유)될 수 있으며, 보험금이 지급되는 경우 문자, 우편 등을 통해 안내드리며, 산정내역에 이의사항이 있는 경우 아래로 연락 주시면 상담하여 드립니다.
- 우편접수 : 서울시 종로구 새문안로 68(신문로1가)2층 고객센터
- 전화상담 : 1688-1688(상담가능시간 : 09시~18시)

- 당사 홈페이지(www.heungkukfire.co.kr)에 접속하시면 계약내용, 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있습니다.

전국 금융플라자

팩 스		콜센터로 사고접수 후 팩스번호 발급(☎ 1688-1688>4>0>상담사연결)
홈페이지	100만원 이하	www.heungkukfire.co.kr (접속>공인인증서 로그인>인터넷창구>보험금청구>장기보험금청구)
모바일웹		m.heungkukfire.co.kr (접속>공인인증서, 휴대폰인증, I-PIN인증로그인(택1)>장기보험금청구)
우편(등기)	100만원 초과	(07254) 서울특별시 영등포구 버드나루로2길 7 (영등포동2가) 흥국생명빌딩 9층 사고접수 담당자

* 청구서류 및 접수문의 ☎1688-1688 (4번>0번>상담사연결 / 상담가능시간 09:00~18:00)

** 운영시간 : 09:00~16:00 (토,일공휴일제외)

** 점심시간 : 12:00~13:00

금융플라자	전화번호	금융플라자	전화번호
본 사		02) 2002-6095	
강남금융플라자	02) 2051-8293	마산금융플라자	055) 253-0297
안양금융플라자	031) 381-2763	대구금융플라자	053) 257-8755
수원금융플라자	031) 241-4503	울산금융플라자	052) 245-6437
인천금융플라자	032) 422-2862	부산금융플라자	051) 462-3675
대전금융플라자	042) 253-2426	광주금융플라자	062) 227-2075
포항금융플라자	054) 273-9308	전주금융플라자	063) 288-6038

보험모집질서 확립

보험계약과 관련한 보험모집질서 문란행위는 보험업법에 의해 처벌받을 수 있습니다.

금융감독원 보험 모집질서 위반행위 신고센터

전화 : 1332 홈페이지 : www.fss.or.kr

보험금 청구시 준비하여야 할 서류

1. 상해사고/질병

※ 사고내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가 심사서류를 요구할 수 있습니다.

구분	구비서류	발급처
공통서류	<ul style="list-style-type: none"> - 보험금청구서 (개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 포함) - 주민등록 사본 - 가족관계 확인 필요시 : 가족관계 확인서류 (가족관계증명서, 혼인관계증명서) * 배우자, 자녀등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등 	당사양식시/군/구청 및 읍/면/동 행정복지센터
	<ul style="list-style-type: none"> - 대리인 청구시 : 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서 - 재해사고시 : 사고입증서류 (표아래 참고) 	
사망	<ul style="list-style-type: none"> - 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 피보험자 기본증명서(사망사실 기재)가 첨부된 사망진단서(사체검안서) 사본(원본대조필 포함) ※ (수익자 미지정시)추가 요청서류 - 상속관계 확인서류(예시 : 가족관계증명서, 혼인증명서 등) - 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 	경찰서시/군/구청 및 읍/면/동 행정복지센터 진료병원

의료비	입원	<ul style="list-style-type: none"> - 진단서[단, 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원 확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 같음] - 입퇴원확인서(진단서에 입원기간이 포함된 경우 실손의료보험의 경우는 제외) ※ 실손의료보험의 경우 진료비계산서(영수증) 및 진료비세부내역서 추가 	진료병원
	통원	<ul style="list-style-type: none"> - 진단서·통원확인서·(통원일자별)처방전·진료확인서·소견서·진료차트 등 진단명, 통원일자 및 기간이 포함된 서류 - 3만원 이하 : 진료비계산서(영수증) - 3만원 초과 10만원 이하 : 진료비계산서(영수증), 처방전(질병분류기호 기재) → 단, 산부인과, 향문외과, 비뇨기과, 피부과 등 제외 ※ 처방전 : 환자가 요구하는 경우 2부 발행 가능(무료) ※ 실손의료보험의 경우 진료비계산서(영수증) 및 진료비세부내역서 추가 - 보험급여지급확인서 	
후유장해		<ul style="list-style-type: none"> - 후유장해진단서 ※ 발급전 당사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다. 	종합병원 (대학병원)
		<ul style="list-style-type: none"> ※ (일반)진단서로 대체 가능한 장해 · 만성신부전 : 최초 혈액투석일, 환자상태 기재 · 사지절단 : 절단부위, 환자상태 기재, X-ray필름 첨부 · 인공관절치환술 : 수술명, 수술일자 기재 · 비장, 신장적출 : 비장, 신장적출 수술일 	

	기재	
진단금	- 진단서 - 진단사실 확인서류 - [예시] 암 : 조직검사 결과지, 뇌졸중·심근경색 : 정밀검사결과지(CT, MRI, 심전도 등)	진료병원
골절	- 진단서·처방전·진료확인서·소견서·진료차트 등 진단명이 포함된 서류	진료병원
수술	- 진단서·수술확인서 등 진단명, 수술명, 수술일자 포함된 서류	진료병원
신생아 입원비	- 진단서[단, 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 같음] - 입퇴원확인서(진단서에 입원큐베이터 사용시 해당기간 명시) ※ 진단서에 입원기간(인큐베이터 사용기간)이 포함된 경우는 제외	진료병원
유산/사산	- 진단서(유산), 사산증명서(사산)	
◆ 진단서, 통원확인서, 처방전, 진료확인서, 소견서, 수술확인서, 진료차트 등에는 진단명이 기재되어 있어야 합니다.		
◆ 필요시 손해조사, 신속한 보험금 지급결정을 위해 보상담당자가 의료정보 열람 위임장(인감날인)/인감증명서를 요청할 수 있습니다.		
◆ 척추체 등 운동장해 판정은 운동가능범위(AMA)방식을 적용하나 추간판탈출증(속칭 디스크)의 경우 산정기준이 이와 다르며 운동장해의 경우에도 사고내용에 따라 산정기준이 상이할 수 있습니다.		
재해 입증서류 예시		
1. 교통사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등), 손해보험사, 공제조합(버스, 화물, 택시 등) 사고사실 확인서		
2. 산업재해 : 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서		
3. 군인재해사고 : 공무상병인증서		

4. 의료사고 등 법원분쟁 : 법원판결문
5. 기타 재해사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서
6. 확인서류 발급불가 재해사고 : 병원초진차트 등 재해사고 증명서류 및 보험금 청구서상 재해사고내용 기재

2. 배상책임

※ 사고에 따라 담당자가 추가서류 또는 원본서류를 요구할 수 있습니다.

구 분		구비서류
공통서류		- 보험금청구서(재물·배상) - 피보험자의 가족관계확인서(중복보험 확인용도) - 보험금수취인의 신분증 및 통장사본 - 합의서
의료비	입원	- 진단서(20만원 미만시 입원확인서로 대체가능) - 진료비영수증 - 진료비 세부내역서 (본인부담금 50만원 이하 또는 비급여 내역이 없는 경우 생략) - 초진기록지, 간호정보조사지
	통원	- 통원(진료)확인서 또는 병명 기재된 차트 - 일자별 영수증 및 약국영수증(병원처방전필수) * 카드 결제 영수증은 증빙서류가 아님 - 초진기록지
대인	치료비	피해자 신분증 진단서 또는 초진차트(진단명 명시) 치료비 영수증 입원확인서(입원시)

	<p>상급병실 사용 확인서(법정전염병 또는 중환자로서 특별히 인정되는 경우 지급)</p> <p>개호소견서</p> <p>항후 치료비 추정서(치료 현재시점 이후에 지속적 가료를 요하는 경우)</p>
휴업손해	<p>- 피해자 소득 입증자료 (근로소득 원천징수 영수증, 최근 3개월간 임금 대장, 근로계약서 등)</p>
후유장해	<p>- 후유장해 진단서(맥브라이드식 장해평가)</p> <p>* 발급時 보상담당자와 상의하시기 바랍니다.</p>
사망	<p>- 사망진단서 (사체검안서)</p> <p>- 가족관계증명서, 기본증명서(망자의 기본증명서 및 각 상속인의 기본증명서 포함)</p> <p>- 제적등본</p> <p>- 통장사본</p> <p>- 법정상속인이 다수인 경우 대표자에게 위임時 각각의 위임장 및 인감증명서 첨부</p>
대물	<p>- 피해자 신분증</p> <p>- 파손사진</p> <p>- 피해물의 등록증(차량등록증, 건물등기부등본 등)</p> <p>- 수리불가 확인서(수리 불가시)</p> <p>- 수리비 영수증</p>

3. 당부의 말씀

- 경우에 따라 위 서류들은 다른 서류로 대체될 수 있습니다. 반드시 담당자와 필요서류에 대하여 상의하시기 바랍니다.
- 기타 추가서류가 발생할 수 있으니 자세한 사항은 계약 · 보상상담 1688-1688으로 문의바랍니다.

보 통 약 관

※ 보통약관은 계약자가 이 보험을 가입시 기본적으로 가입을 하여야 하는 약관을 말합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

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

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

용 어	정 의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험수익자	회사에 보험금 및 만기환급금을 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

용 어	정 의
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.
장해	「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신한 경우는 포함합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다 라면 계약의 청약에 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부 로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
보험가입금액	보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
한국표준질병·사인분류	한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원 인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준 통계를 세계 보건기구(WHO)의 국제질병분류 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

용 어	정 의
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 시점 의 이율을 말합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료/보험업무」 내 「보험상 품자료」에서 확인할 수 있습니다.
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액 을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

용 어	정 의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토 요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일, 대 체공휴일 및 근로자의 날을 제외합니다.

5. 보험료 관련 용어

용 어	정 의
보험료	계약자가 계약에 의거하여 회사에 지급하여야 하는 금액 을 말하며 보장보험료와 적립보험료로 구성됩니다.

보장보험료	손해를 보장하는데 필요한 보험료(보장부분에 해당하는 회사의 사업경비를 포함합니다)를 말합니다.
-------	--

6. 「갱신형」 계약의 갱신관련 용어

용 어	정 의
최초계약	「갱신형」 계약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
갱신계약	「갱신형」 계약의 보험기간이 끝난 후 해당 계약이 갱신된 경우를 말합니다.
갱신일	「갱신형」 계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝난 날의 다음날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 일반상해후유장해(80%이상)보험금 : 이 보통약관의 보험기간 중에 상해로 「장해분류표」 (【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
일반상해후유장해(80%이상)보험금	이 보장의 보험가입금액

2. 질병후유장해(80%이상)보험금 : 이 보통약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 「장해분류표」 (【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정

한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
질병후유장해(80%이상)보험금	이 보장의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 일반상해후유장해(80%이상)보험금의 보험금 지급에 관한 세부규정은 다음 각 호에서 정한 사항을 따릅니다.
 1. 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
 2. 제1호에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 목의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
 - 가. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
 - 나. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내
 3. 「장해분류표」에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 「장해분류표」의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
 4. 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
 5. 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장

해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6. 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제5호에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ② 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 질병후유장해(80%이상)보험금의 보험금 지급에 관한 세부규정은 다음 각 호에서 정한 사항을 따릅니다.
 1. 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장애지급률이 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
 2. 제1호에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 목의 기간 중에 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
 - 가. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일로부터 2년 이내
 - 나. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일로부터 1년 이내
 3. 「장해분류표」에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 「장해분류표」의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
 4. 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지

급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

5. 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
 6. 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10호에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(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.

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어 집니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다. 또한 제27조(보험료 납입면제)에서 정한 보험료 납

입면제도 적용하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 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 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다. 또한 제27조(보험료 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제도 적용하지 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. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금 지급사유의 통지)

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

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(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 보험수익자의 보험금 등의 수령 또는 보험계약자의 보험료 납입 면제에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것 이어야 합니다.

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어 집니다.

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. 다만, 배상책임에 대한 서류를 접수한 때에는 그 서류를 접수 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고, 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급 예정일 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(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자 분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

보험금 가지급제도

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금입니다.

- ③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」(【별표3】 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지

않습니다.

- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제16조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(중도인출)

회사는 이 계약에 대해 중도인출을 적용하지 않습니다.

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.

평균공시이율

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

제11조(주소변경통지)

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

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

제12조(보험수익자의 지정)

- ① 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 아래에서 정한 자로 합니다.
 1. 사망보험금 : 피보험자의 법정상속인
 2. 사망보험금 이외의 보험금 : 피보험자
- ② 제1항에 따라 지정된 보험수익자가 보험기간 중에 사망한 때에는 계약자는 다시 보험수익자를 지정할 수 있으며, 이 경우에 계약자가 보험수익자를 지정하지 않고 사망한 때에는 보험수익자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

법정상속인

피상속인의 사망으로 인해 민법에서 정한 상속의 순위에 따라 상속인이 되는 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 계약전 알릴의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

연대책임

두사람 이상이 각각 동일한 내용의 책임을 지는 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.

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 아니한다.

【 제651조의 2(서면에 의한 질문의 효력) 】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

< 사례 >

보험계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어 집니다.

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

직업

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

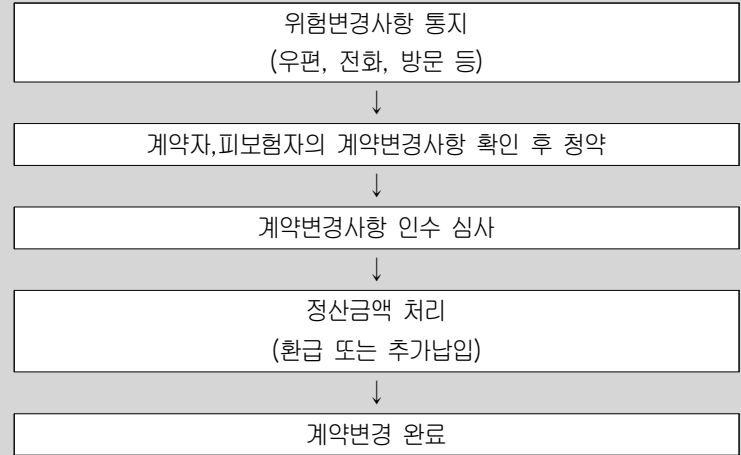
직무

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
(차량 기준이 아닌 사람 기준)
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 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



- 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.
- 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.

제16조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 다음 각 호와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계 없이 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(갱신형 특별약관이 있는 경우 갱신형 보장의 최초계약) 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 - 3. 최초계약(갱신형 특별약관이 있는 경우 갱신형 보장의 최초계약)을 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. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한

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

- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제36조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 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 의한 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 관계 없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초 계약으로 보며, 부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제17조(사기에 의한 계약)

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

제4관 보험계약의 성립과 유지

제18조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 “평균 공시이율 + 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 승낙하였다도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장 또는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ⑥ 제5항의 ‘청약일로부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 이 약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제19조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

전문보험계약자

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자, 모집을 할 수 있는 자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(단, 만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다.)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- 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(약관 교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 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. 또한, 통신판매계약의 경우 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 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, 보험료 납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

약관의 중요한 내용

보험업법 시행령 제42조의 2(설명 의무의 중요사항등) 및 보험업감독규정 제4-35조의 2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항등 보험금 지급제한 조건
- 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

통신판매계약

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ② 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 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다.

전자서명법 제2조(정의) 제2호 및 제3호

<전자서명법 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명>

“전자서명”이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

<전자서명법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명>

“공인전자서명”이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.

- 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
- 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
- 다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
- 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 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

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

보험계약대출이율

해당 보험상품의 약관에 따라 계약자가 대출을 받을 경우, 회사가 정하는 대출이율이며, 이 보험의 보험계약대출이율이 변경되는 경우, 변경된 시점부터 변경된 이율을 적용합니다.

제21조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료에 한합니다. 보험료 할인 등 실질적으로 보험료 납입이 없는 경우를 제외한 금액)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

심신상실자 및 심신박약자

<심신상실자(心神喪失者)>

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

<심신박약자(心神薄弱者)>

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

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

제22조(계약내용의 변경 등)

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

1. 보험종목
2. 보험기간

3. 보험료 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.

설 명

계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 이 경우 회사가 변경전 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 제36조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
- ⑦ 제1항에 따라 계약의 위험이 증가하거나 감소하는 등 계약내용이 변경되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약의 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑧ 제1항에 따라 보험료 등을 감액 혹은 증액할 경우 최초 안내한 중도환급금 또는 해지환급금보다 적거나 많아질 수 있습니다.

설 명

보험가입금액, 보험료등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 중도(해지)환급금보다 적어질 수 있습니다.

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 계약해당일(단, 계약해당일이 없는 경우 해당 월의 마지막 날로 합니다.)에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 청약서류에 적힌 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증 이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인 이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서)에 적힌 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 보험금 및 보험료 변경 시 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 변경당시의 해지환급금을 정산합니다.

계약해당일

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

계약일 : 2020년 4월 13일 ⇒ 계약해당일 : 매년 4월 13일

(단, 계약해당일 2월 29일이 없을 경우에는 2월 28일을 계약 해당일로 합니다.)

보험나이 계산 예시

생년월일 : 1989년 10월 2일

예시1)

계약일 : 2020년 4월 13일

예시2)

계약일 : 2020년 11월 13일

2020년 4월 13일
 - 1989년 10월 2일
 = 30년 6월 11일
 = 31세
 (6개월이상 끝수는 1년으로 계산)

2020년 11월 13일
 - 1989년 10월 2일
 = 31년 1월 11일
 = 31세
 (6개월미만 끝수는 버림)

제24조(보통약관 계약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 제1호에서 정한 일반상해후유장해(80%이상) 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 <일반상해후유장해(80%이상) 보장>의 보장책임은 소멸되며, 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 <일반상해후유장해(80%이상) 보장>의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 제3조(보험금의 지급사유)의 제2호에서 정한 질병후유장해(80%이상)보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 <질병후유장해(80%이상) 보장>의 보장책임은 소멸되며, 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 <질병후유장해(80%이상) 보장>의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

책임준비금

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

- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는

바에 따라 적절한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

- ④ 제3항의 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

실종선고

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

제24조의2(계약의 소멸시 책임준비금의 청구)

계약의 소멸로 인하여 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5관 보험료의 납입

제25조(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.
- ② 계약자가 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 또는 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 다만, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출 승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

- ③ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약이 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.

- ④ 회사는 제3항에도 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 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

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(보험료 납입면제)

- ① 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중 다음 중 어느 하나의 사유가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보장보험료(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관 보험료도 포함합니다)의 납입을 면제합니다.
 1. 보험료 납입기간 중에 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 경우
 2. 보험료 납입기간 중에 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 경우
 3. 보험료 납입기간 중 제28조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제8항 제3호에서 정한 암보장개시일 이후 제28조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제8항에서 정한 「암」으로 진단확정되었을 경우
 4. 보험료 납입기간 중 보장개시일 이후에 제28조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제9항에서 정한 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우
 5. 보험료 납입기간 중 보장개시일 이후에 제28조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제10항에서 정한 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우
- ② 제1항에 따라 피보험자의 보장보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후 적립보험료의 납입을 중지합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 제도성 특별약관 「제6장 1. 갱신형 보장특약의 자동 갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」에서 정한 「갱신형 보장특약」의 보험료는 납입면제에서 제외합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제28조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)

- ① 제27조(보험료 납입면제)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될

- 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
 - ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해 지급률을 적용하지 않습니다.
 - ④ 보험수익자와 회사가 제27조(보험료 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 경우에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
 - ⑤ 같은 상해 또는 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 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 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해 지급률을 적용받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해 지급률에서 이미 적용된 후유장해 지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
 - ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해 지급률 적용사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해 지급률이 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부

위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해 지급률이 적용된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해 지급률에서 이를 차감하여 적용합니다.

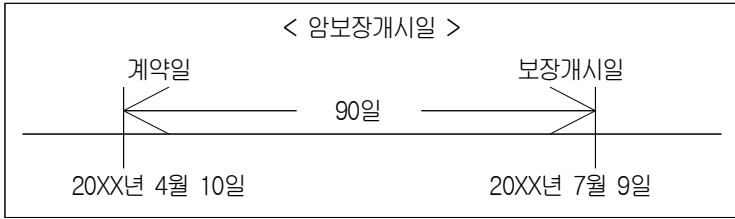
⑧ 「암」의 정의 및 진단 확정

1. 제27조(보험료 납입면제) 제1항의 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암(C44, 【별표①】 참조), 갑상선암(C73, 【별표①】 참조), 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

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

2. 제1호의 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」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 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.
그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
3. 「암」에 대한 보장개시일(이하 「암보장개시일」이라 합니다)은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.



⑨ 「뇌졸중」의 정의 및 진단확정

1. 제27조(보험료 납입면제) 제1항의 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표②】 참조)에 해당하는 1. 지주막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.
2. 제1호의 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 가. 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 나. 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려 내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ 선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

⑩ 「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정

1. 제27조(보험료 납입면제) 제1항의 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표③】 참조)에 해당하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.
2. 제1호의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심

장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- 가. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- 나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

⑪ 제27조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호에도 불구하고 피보험자가 「암보장개시일」 전일 이전에 진단확정된 「암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제27조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45~C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물(암)	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성신생물(암)	C60~C63

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
10. 요로의 악성신생물(암)	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물(암)	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	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

1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표②】 뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질

병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 지주막하출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	162
4. 뇌경색증	163
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166

1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표③】 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

제29조(보험료의 자동대출납입)

이 계약은 순수보장성보험으로 회사는 이 계약에 대하여 보험료의 자동대출납입을 운용하지 않습니다.

제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 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 아래사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 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)

납입최고(독촉)

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우 회사가 계약자에게 보험료 납입을 재촉하는 일을 말합니다.

- ② 제1항에 따른 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자에게도 제1항에 따른 내용을 알려 드립니다.
- ④ 보험료 납입이 연체중이라도 계약의 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
- ⑤ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

전자서명법 제2조(정의) 제2호 및 제3호

<전자서명법 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명>

“전자서명”이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

<전자서명법 제2조(정의) 제3호에 따른 공인전자서명>

“공인전자서명”이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.

- 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할것
- 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을것
- 다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을것
- 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을것

- ⑥ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제36조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제30조(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.
- ② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보장보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무), 제16조(알릴 의무 위반의 효과), 제17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립) 및 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- ④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제32조(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 계약해지로 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, 회사

는 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.

용어의 정의

<강제집행 >

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

< 담보권실행 >

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

< 국세 및 지방세 체납처분 절차 >

국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금징수, 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 체납 시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제36조(해지환급금)에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.
- 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 제36조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음 각 호와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급

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

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제36조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급합니다.

제35조(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 제36조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제36조(해지환급금)

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 계산합니다.
- ② 제1항의 해지환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우에는 그 원리금 합계액을 빼고 지급합니다.
- ③ 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」(【별표3】 참조)에 따릅니다.
- ④ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

해지환급금 관련 유의사항

- 1종(해지환급금 미지급형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않는 대신 2종(일반형)대비 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
- 1종(해지환급금 미지급형)의 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해지환급금은 지급하지 않습니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 2종(일반형)의 해지환급금과 동일합니다.

- 회사는 1종(해지환급금 미지급형) 가입시 2종(일반형)의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

제37조(보험계약대출)

이 계약은 순수보장성보험으로 회사는 이 계약에 대하여 보험계약대출을 운용하지 않습니다.

제38조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제39조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제40조(관할법원)

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

제41조(소멸시효)

보험금청구권, 중도환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권 또는 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

소멸시효

주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험금 등 지급사유가 발생한 3년간 보험금 등을 청구하지 않는 경우 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

예를 들어, 보험금 지급사유가 2020년 4월 1일에 발생하였음에도 2023년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제42조(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.

제43조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

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

보험안내자료

계약의 정약을 권유하기 위해 만든 서류 등을 말합니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 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 하지않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말한다.

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 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 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

예금자보호제도는 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 예금자 1인당 최고 5,000만원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

제1장. 상해관련 특별약관

1. 일반상해사망 특별약관

1-1. 일반상해사망 특별약관

1-2. 일반상해사망(갱신형_20년) 특별약관

1-1은 비갱신형으로 운영하며,
1-2은 갱신형으로 운영합니다.

특별약관

※ 특별약관은 계약자의 선택에 의하여 가입이 가능하며, 선택한 특별약관의 보험료를 납입한 경우에 한하여 해당 특별약관의 내용을 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 일반상해사망보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 아래의 금액을 지급

구 분	지급금액
일반상해사망보험금	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경

우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

- ③ 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(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

1-2. 일반상해사망(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제6장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 일반상해사망보험금 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2. 일반상해후유장해(80%미만) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 일반상해후유장해(80%미만)보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】 참조, 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%미만에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때 아래의 금액을 지급

구 분	지급 금액
일반상해후유장해(80%미만)보험금	이 특별약관 보험가입금액 × 「장해분류표」에서 정한 장해지급률

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
 - 1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
 - 2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내
- ③ 「장해분류표」에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신부 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 「장해분류표」의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험

금을 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 규정된 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, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

예시 : 일반상해후유장해(80%미만) 가입금액 100만원

○ 동일한 부위에 두개의 상해사고로 다음과 같이 진단을 받은 경우

- 하나의 상해사고로 5%후유장해 진단시
⇒ 5%에 해당하는 보험금 지급 (5만원)
- 또 다른 상해사고로 인해 동일한 부위에 60%후유장해 진단시
⇒ 60%후유장해에 해당하는 보험금과 5%후유장해에 해당하는 보험금의 차액 지급 (60만원 - 5만원 = 55만원)

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

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3. 일반상해후유장해(80%미만) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 일반상해후유장해(80%미만)보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 20%이상 80%미만에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
일반상해후유장해(80%미만)II 보험금	이 특별약관 보험가입금액 × 「장해분류표」에서 정한 장해지급률

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내
- ③ 「장해분류표」에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 「장해분류표」의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 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, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다

이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

예시 : 일반상해후유장해(80%미만)II 가입금액 100만원

○ 동일한 부위에 두개의 상해사고로 다음과 같이 진단을 받은 경우

- 하나의 상해사고로 30%후유장해 진단시
⇒ 30%에 해당하는 보험금 지급 (30만원)
- 또 다른 상해사고로 인해 동일한 부위에 60%후유장해 진단시
⇒ 60%후유장해에 해당하는 보험금과 30%후유장해에 해당하는 보험금의 차액 지급 (60만원 - 30만원 = 30만원)

- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 상해로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4. 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관

4-1. 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관

4-2. 일반상해입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관

4-1은 비갱신형으로 운영하며,

4-2은 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 일반상해입원비(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지급 금액
일반상해입원비(1일-180일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다.)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련

법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원비(1일-180일) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항 및 제2항의 일반상해입원비(1일-180일)를 계속 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원비(1일-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

4-2. 일반상해입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항

은 「제도성 특별약관 제6장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

5. 일반상해입원비(4일-180일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 일반상해입원비(4일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 4일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
일반상해입원비(4일-180일)	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다.)에 의하여 상해의 치

료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원비(4일-180일) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항 및 제2항의 일반상해입원비(4일-180일)를 계속 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원비(4일-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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)

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

6. 일반상해수술동반입원비(1일-20일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 일반상해수술동반입원비(1일-20일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 다음 각 목에 모두 해당하는 경우(이하 “수술동반입원”이라 합니다) 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급
 - 가. 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 계속입원하여 치료를 받은 경우
 - 나. 상해의 직접결과로써 제2조(용어의 정의) 제3항에서 정한 수술을 받는 경우
 - 다. 상기 가목 및 나목은 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

구 분	지 급 금 액
일반상해수술동반입원비 (1일-20일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(20일한도)

제2조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다.)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ④ 제3항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료 효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
- ⑤ 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑥ 제3항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引)
 2. 천자(穿刺) 등의 조치
 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
 4. 미용성형 목적 수술
 5. 피임(避妊) 목적 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 제3항 내지 제5항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

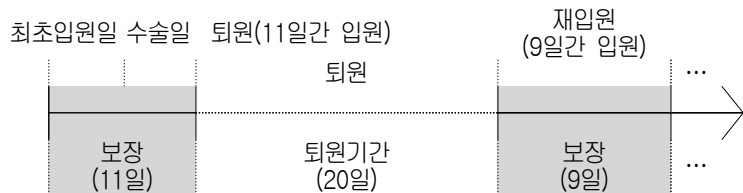
용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 나목의 수술은 같은 상해로 두 종류 이상의 상해 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.
- ② 일반상해수술동반입원비(1일-20일)의 지급일수는 1회 “수술동반입원”당 20일을 한도로 합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.

<보상예시> 동일한 상해로 11일간 수술동반입원, 퇴원 후 9일간 재입원시



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 “수술동반입원”하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 “수술동반입원”에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해수술동반입원비(1일-20일)를 계속 지급합니다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 일반상해수술동반입원비(1일-20일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ “수술”이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일로부터 180일 이전 또는 최종 퇴원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 “수술”이며, 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해수술동반입원비(1일-20일)를 제1항 내지 제5항에 따라 지급합니다.

<수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준>

	최초 입원일의 180일 이전일	최초 입원일	최종 퇴원일	최종 퇴원일의 180일 경과일
①수술시	②수술시		③수술시	④수술시
미보장	보장 대상		보장 대상	미보장

- ① 최초 입원일의 180일 이전일 전 수술시 미보장
- ② 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해수술동반입원비(1일-20일)를 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제5항에 따라 보장
- ③ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해수술동반입원비(1일-20일)를 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제5항에 따라 보장
- ④ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

- ⑦ 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 아래 목적의 치료에 따른 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정

하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

7. 상해중환자실입원비(1일-180일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상해중환자실입원비(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)의 중환자실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지급금액
상해중환자실입원비(1일-180일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에 있어서 「중환자실」이라 함은 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

제3조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다.)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련

법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상태로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 상해중환자실입원비(1일-180일) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 상해중환자실입원비(1일-180일)를 계속 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해중환자실입원비(1일-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포

함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

8. 골절진단비(치아파절 제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 골절진단비(치아파절 제외) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 「골절(치아파절 제외) 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 골절로 진단확정을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지급금액
골절진단비(치아파절 제외)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절상태가 발생한 경우에는 1회한에 한하여 골절진단비를 지급합니다.
- 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(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 골절(치아파절 제외) 분류표

약관에 규정하는 골절(치아파절 제외)로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02(S02.5 제외)
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52

9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

- 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

9. 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험 수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
 - 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표①】 「골절(치아파절 제외) 분류표 II」에서 정한 골절로 진단확정을 받고 【별표②】 「골절 등급분류기준표」에 해당하는 경우, 해당 골절 등급별 보험가입금액을 각각 연간 1회 한하여 지급

구분	지급금액
1~5급	각 등급별 보험가입금액 (각각 연간 1회한)

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

<p style="text-align: center;">보장</p> <p>골절진단비(치아파절 제외)(1급)(연간1회한) 보장 골절진단비(치아파절 제외)(2급)(연간1회한) 보장 골절진단비(치아파절 제외)(3급)(연간1회한) 보장 골절진단비(치아파절 제외)(4급)(연간1회한) 보장 골절진단비(치아파절 제외)(5급)(연간1회한) 보장</p>
--

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절상태가 발생한 경우에는 연간 1회에 한하여 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한)를 지급합니다. 다만, 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「연간」에 이미 보험금이 지급된 등급이 있는 경우, 그 보험금이 지급된 등급을 제외하고 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한)를 지급합니다.
- 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.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회

한)의 진단일자는 사고일을 기준으로 합니다.

예시 : 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) 가입금액

1급	2급	3급	4급	5급
100만원	40만원	30만원	20만원	10만원

(사례1)

○ 하나의 상해사고로 다음과 같이 진단 후 수술을 받은 경우
: S72.0, S72.4

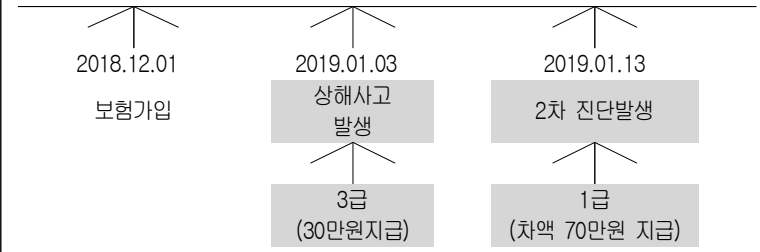
진단	진단명	골절등급
S72.0	대퇴골 경부의 골절	2
S72.4	대퇴골 하단의 골절	3

⇒ 높은 등급에 해당하는 2급 보험금 지급(40만원)

(사례2)

○ 하나의 상해사고로 다음과 같이 진단을 받은 경우

- 하나의 상해사고로 S02.2(비골의 골절) 진단시
⇒ 3급에 해당하는 보험금 지급 (30만원 지급)
- 같은 상해사고로 인해 2차 진단 S06.4(경막외출혈) 발생시
⇒ 1급에 해당하는 보험금과 3급 보험금의 차액 지급
(100만원 - 30만원 = 70만원)

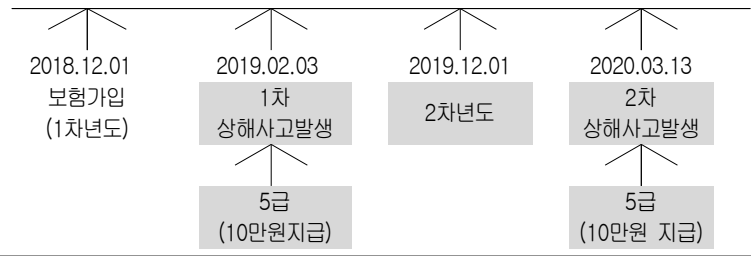


(사례3)

○ 다른 해 두 개 이상의 상해사고 발생시(등급별 각각 연간1회한)

· 첫 해 상해사고로 S62.5(엄지의 골절) 진단시
⇒ 5급에 해당하는 보험금 지급(10만원)

· 다음 해 상해사고로 S92.5(기타 발가락의 골절) 진단시
⇒ 5급에 해당하는 보험금 지급(10만원)



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 골절(치아파절제외) 분류표 II

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 이 되 는 상 병	분류번호
두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외)	S02 (S02.5는 제외)
경막외출혈	S06.4
외상성 경막하출혈	S06.5
외상성 지주막하출혈	S06.6
지속적 혼수를 동반한 두개 내 손상	S06.7
머리의 으깬손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
흉부의 으깬손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72

둔부 및 대퇴의 외상성 절단	S78
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체부위를 침범한 골절	T02
척추의 상세불명 부위의 골절	T08
팔의 상세불명 부위의 골절	T10
다리의 상세불명 부위의 골절	T12
상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표②】 골절 등급분류기준표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

등급	머리	목	몸통	팔	다리	기타
1	S02.0, S02.7, S02.9, S06.4-S06.7	S12.2, S12.7, S12.9, S14.1	S28.1	-	-	T02.6, T02.8
2	S02.8, T02.0	S12.0, S12.1,	S22.0, S22.4,	S42.3, S42.4, S42.7, S42.9,	S72.0-S72.3, S72.7-S72.9,	T02.7, T02.9,

		S12.8, S14.0, S14.2, S14.3, S14.6	S22.5, S32.3, S32.4, S32.5, S32.8	S48.0, T02.2	S78.0, S78.1, S78.9, S82.2, T02.3, T02.5	T14.2
3	S02.1, S02.2, S02.3, S02.4, S02.6, S07.0, S07.1, S07.8, S07.9, S09.9	-	S22.1, S22.2, S22.8, S22.9, S32.0, S32.1, S32.7, T02.1, T08.0, T08.1	S42.2, S42.8, S48.9, S52.0, S52.2, S52.6-S52.9, S62.4, T10.0, T10.1	S72.4, S82.1, S82.3, S82.7-S82.9, T12.0, T12.1	-
4	-	S14.5	S22.3, S28.0, S32.2	S42.0, S42.1, S48.1, S52.1, S52.3, S52.4, S52.5, S62.0-S62.3, S62.8	S82.0, S82.4-S82.6, S92.0-S92.4, S92.7, S92.9	-
5	-	S14.4	-	S62.5, S62.6, S62.7, T02.4	S92.5	-

1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

10. 골절수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 골절수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「골절 분류표」(【별표】참조)에 해당하는 골절로 진단확정을 받은 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지급금액
골절수술비	1사고당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말한다.
- ② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引)
 2. 천자(穿刺) 등의 조치
 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
 4. 미용성형 목적 수술
 5. 피임(避妊) 목적 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경

성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절수술을 받거나 같은 종류의 골절수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 골절수술비만 지급합니다.
- 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 골절 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 이 되 는 상 병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의골절	S92

대 상 이 되 는 상 병	분류번호
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

- 제8차 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

11. 5대골절수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 5대골절수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「5대골절 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 골절로 진단확정을 받은 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
5대골절수술비	1사고당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

- 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정

- 된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료 효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
 - ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
 - ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引)
 2. 천자(穿刺) 등의 조치
 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
 4. 미용성형 목적 수술
 5. 피임(避妊) 목적 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경 성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 하나의 사고로 두 종류 이상의 5대골절수술을 받거나 같은 종류의 5대골절수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 5대골절수술비만 지급합니다.
- 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로 회복을 위한 수술은 포함합니다.
 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 5대골절 분류표

약관에 규정하는 5대골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 머리의 으깬손상	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

- 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

12. 골절수술비(1~5급)(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
 - 골절수술비(1~5급)(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로서 「골절분류표Ⅲ」 (【별표①】 참조)에 해당하는 골절로 진단확정후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 「골절 등 급분류기준표Ⅱ」 (【별표②】 참조)에 해당하는 골절 등급별로 각각 연

간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급

구분	지급금액
1~5급	각 등급별 보험가입금액 (각각 연간 1회한)

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보장	
	골절수술비(1급)(연간1회한) 보장
	골절수술비(2급)(연간1회한) 보장
	골절수술비(3급)(연간1회한) 보장
	골절수술비(4급)(연간1회한) 보장
	골절수술비(5급)(연간1회한) 보장

제2조(용어의 정의)

- 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
- 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 - 흡인(吸引)
 - 천자(穿刺) 등의 조치
 - 신경(神經)차단(Nerve Block)
 - 미용성형 목적 수술
 - 피임(避妊) 목적 수술

- 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- 7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경 성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절수술을 받거나 같은 종류의 골절수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 골절수술비(1~5급)(연간1회한)를 지급합니다. 다만, 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「연간」에 이미 보험금이 지급된 등급이 있는 경우, 그 보험금이 지급된 등급을 제외하고 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 등급별 골절수술비(1~5급)(연간1회한)를 지급합니다.
- 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.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의

- 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 골절수술비(1~5급)(연간1회한)의 진단일자는 사고일을 기준으로 합니다.

예시 : 골절수술비(1~5급)(연간1회한) 가입금액

1급	2급	3급	4급	5급
100만원	40만원	30만원	20만원	10만원

(사례1)

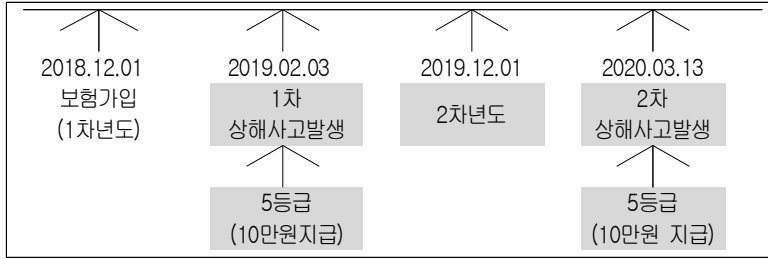
- 하나의 상해사고로 다음과 같이 진단 후 수술을 받은 경우 : S72.0, S72.4

진단	진단명	골절등급
S72.0	대퇴골 경부의 골절	2
S72.4	대퇴골 하단의 골절	3

⇒ 높은 등급에 해당하는 2등급 보험금 지급(40만원)

(사례2)

- 다른 해 두 개 이상의 상해사고 발생시(등급별 각각 연간1회한)
 - 첫 해 상해사고로 S62.5(엄지의 골절) 진단 후 수술을 받은 경우 ⇒ 5등급에 해당하는 보험금 지급(10만원)
 - 다음 해 상해사고로 S92.5(기타 발가락의 골절) 진단 후 수술을 받은 경우 ⇒ 5등급에 해당하는 보험금 지급(10만원)



제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 골절 분류표Ⅲ

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사

인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 이 되 는 상 병	분류번호
두개골 및 안면골의 골절	S02
경막외출혈	S06.4
외상성 경막하출혈	S06.5
외상성 지주막하출혈	S06.6
지속적 혼수를 동반한 두개 내 손상	S06.7
머리의 으깬손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
흉부의 으깬손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
둔부 및 대퇴의 외상성 절단	S78
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체부위를 침범한 골절	T02
척추의 상세불명 부위의 골절	T08
팔의 상세불명 부위의 골절	T10
다리의 상세불명 부위의 골절	T12
상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

- 제8차 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표②】 골절 등급분류기준표 II

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

등급	머리	목	몸통	팔	다리	기타
1	S02.0, S02.7, S02.9, S06.4-S06.7	S12.2, S12.7, S12.9, S14.1	S28.1	-	-	T02.6, T02.8
2	S02.8, T02.0	S12.0, S12.1, S12.8, S14.0, S14.2, S14.3, S14.6	S22.0, S22.4, S22.5, S32.3, S32.4, S32.5, S32.8	S42.3, S42.4, S42.7, S42.9, S48.0, T02.2	S72.0-S72.3, S72.7-S72.9, S78.0, S78.1, S78.9, S82.2, T02.3, T02.5	T02.7, T02.9, T14.2
3	S02.1, S02.2, S02.3, S02.4, S02.6, S07.0, S07.1, S07.8, S07.9, S09.9	-	S22.1, S22.2, S22.8, S22.9, S32.0, S32.1, S32.7, T02.1, T08.0, T08.1	S42.2, S42.8, S48.9, S52.0, S52.2, S52.6-S52.9, S62.4, T10.0, T10.1	S72.4, S82.1, S82.3, S82.7-S82.9, T12.0, T12.1	-

등급	머리	목	몸통	팔	다리	기타
4	-	S14.5	S22.3, S28.0, S32.2	S42.0, S42.1, S48.1, S52.1, S52.3, S52.4, S52.5, S62.0-S62.3, S62.8	S82.0, S82.4-S82.6, S82.0-S82.4, S82.7, S82.9	-
5	S02.5	S14.4	-	S62.5, S62.6, S62.7, T02.4	S92.5	-

- 제8차 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.
- 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

13. 화상진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 화상진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「화상 분류표」 (【별표】 참조)에 해당하는 화상으로 진단확정을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
화상진단비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

「화상」이라 함은 【별표】 「화상 분류표」에 정한 화상(열상 포함)에 해당 되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상상태인 경우에는 1회에 한하여 화상진단비를 지급합니다.
- 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 화상 분류표

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 고관절 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상체불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

※ 부식 : 화학약품 등에 의한 피부 손상

1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

14. 화상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 화상수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「화상 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 화상치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지급 금액
화상수술비	1사고당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

- 1. 흡인(吸引)
- 2. 천자(穿刺) 등의 조치
- 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
- 4. 미용성형 목적 수술
- 5. 피임(避妊) 목적 수술
- 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- 7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 화상이라 함은 「화상 분류표」(【별표】 참조)에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
- ② 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상수술을 받거나 같은 종류의 화상수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 화상수술비만 지급합니다.
- ③ 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로 회복을 위한 수술은 포함합니다.
 - 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 화상분류표

: 제1장 12. 화상진단비 특별약관 【별표】 참조

15. 상해수술비 특별약관

15-1. 상해수술비 특별약관

15-2. 상해수술비(갱신형_20년) 특별약관

15-1은 비갱신형으로 운영하며,
15-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 상해수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지급금액
상해수술비	1사고당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 - 1. 흡인(吸引)
 - 2. 천자(穿刺) 등의 조치

3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.
- 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 아래 목적의 치료를 위한 상해수술비에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제5조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

15-2. 상해수술비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제6장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포

함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

16. 뇌·내장상해 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 뇌·내장상해수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「뇌손상」 또는 「내장손상」을 입고 사고일로부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」 또는 「개복(開腹)수술」을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
뇌·내장상해수술비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「뇌손상」이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 기질적손상(【별표】「뇌·내장손상 분류표」참조)를 입은 경우를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「내장손상」이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장(心腸), 폐(肺), 위(胃), 장(腸), 간장(肝臟), 췌장(膵臟), 비장(脾臟), 신장(腎臟), 방광(膀胱))의 기관에 기질적 손상(【별표】「뇌·내장손상 분류표」참조)를 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 두개골천공술, 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 두 개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
 2. 「개흉(開胸)수술」이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말함. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함합니다.
 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 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복술에 준하는 것으로서 신장, 요관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경요도적 조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.
- ④ 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ⑤ 제4항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료 효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
- ⑥ 제4항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑦ 제4항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引)
 2. 천자(穿刺) 등의 조치
 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
 4. 미용성형 목적 수술

5. 피임(避妊) 목적 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제4항 내지 제6항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경 성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 사고로 뇌·내장상해수술비 지급 사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 뇌·내장상해수술비만을 보상합니다.
- 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 정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌·내장상해수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 뇌·내장손상 분류표

약관에 규정하는 뇌·내장손상으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

구분	대 상 병 명	분류번호
뇌 손상	[두개골 및 안면골의 골절]	
	1. 두개원개의 골절	S02.0
	2. 두개저의 골절	S02.1
	3. 안와 바닥의 골절	S02.3
	4. 두개골 및 안면골을 침범한 다발 골절	S02.7
	5. 기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
	6. 두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9
	[두개내 손상]	

내장 손상	1.미만성 뇌 손상	S06.2
	2.경막외출혈	S06.4
	3.외상성 경막하 출혈	S06.5
	4.외상성 지주막하 출혈	S06.6
	5.지속적 혼수를 동반한 두개내 손상	S06.7
	6.기타 두개내 손상	S06.8
	7.상세불명의 두개내 손상	S06.9
	[머리의 으깬손상]	
	1.두개골의 으깬손상	S07.1
	2.머리의 기타부분의 으깬손상	S07.8
	[머리부분의 외상성 절단]	
	1.머리의 기타부분의 외상성 절단	S08.8
	[머리의 기타 및 상세불명의 손상]	
	1.달리 분류되지 않은 머리의 혈관 손상	S09.0
2.머리의 다발손상	S09.7	
[심장의 손상]		
1.혈심낭을 동반한 심장손상	S26.0	
2.심장의 기타 손상	S26.8	
3.심장의 상세불명 손상	S26.9	
[기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상]		
1.폐의 기타 손상	S27.3	
2.기관지의 손상	S27.4	
3.흉부기관의 손상	S27.5	
4.흉막의 손상	S27.6	

내장 손상	5.흉곽내 기관의 다발손상	S27.7
	6.기타 명시된 흉곽내 기관의 손상	S27.8
	7.상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27.9
	[흉부의 으깬손상 및 흉곽 부분의 외상성 절단]	S28
	[흉부의 기타 및 상세불명의 손상]	S29
	[복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상]	S35
	[복강내 기관의 손상]	
	1.비장의 손상	S36.0
	2.간 또는 담낭의 손상	S36.1
	3.췌장의 손상	S36.2
	4.위의 손상	S36.3
	5.소장의 손상	S36.4
	6.결장의 손상	S36.5
	7.직장의 손상	S36.6
8.다발성 복강내 기관의 손상	S36.7	
9.기타 복강내 기관의 손상	S36.8	
[비뇨 및 골반기관의 손상]		
1.신장의 손상	S37.0	
2.요관의 손상	S37.1	
3.방광의 손상	S37.2	
4.요도의 손상	S37.3	
5.난소의 손상	S37.4	
6.난관의 손상	S37.5	
7.자궁의 손상	S37.6	

8.다발성 골반기관의 손상	S37.7
9.기타 골반기관의 손상	S37.8
[복부, 아래등 및 골반 부분의 으깬손상 및 외상성 절단]	S38
[복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명의 손상]	
1.골반기관을 동반한 복강내 기관의 손상	S39.6

1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 상병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

17. 상해1~5종수술비 특별약관

17-1. 상해1~5종수술비 특별약관

17-2. 상해1~5종수술비(갱신형_20년) 특별약관

17-1은 비갱신형으로 운영하며,
17-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 상해1~5종수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「1~5종 수술분류표」(【별표】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래의 금액을 지급

수술종류	지급금액	예시 (보험가입금액 10만원 기준)
1종	보험가입금액	10만원
2종	보험가입금액의 3배 지급	30만원
3종	보험가입금액의 10배 지급	100만원
4종	보험가입금액의 20배 지급	200만원
5종	보험가입금액의 50배 지급	500만원

제2조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 「1~5종 수술분류표」에서 정한 행위를 받는 경우로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 - 1. 흡인(吸引)
 - 2. 천자(穿刺) 등의 조치
 - 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
 - 4. 미용성형 목적 수술
 - 5. 피임(避妊) 목적 수술
 - 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - 7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 아래 목적의 치료를 위한 상해1~5종수술비에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 천자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

17-2. 상해1~5종수술비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제6장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라

적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 1-5종 수술분류표

1. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25cm ² 이상인 경우), 피판수술(피판 분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25cm ² 미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외)	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치료	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술 제외. 단, 수면무호흡증(G47.3) 치료를 위한 수술은 보사항]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	

처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함>	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1	
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3	
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3	
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술		
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1	
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2	
호흡기계·흉부(胸部)의 수술	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1	
	15. 만성비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1	
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3	
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1	
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술[개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4	
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5	
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3	
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4	
	순환기계, 비장(脾臟)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
		23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]		5	
25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]		4	
26. 심장내(心臟內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는		5	

	것]	
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함](단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis)수술	2
41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲	2	

	腸縫縮術)	
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] (단, 직장탈근본수술은 제외)	4
비뇨기계· 생식기계의 수술 (인공임신 중절수술은 제외함)	44. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술[개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류 교정수술은 제외]	4
	45. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	46. 방광류 교정수술	1
	47. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	48. 음경(陰莖) 절단수술(포경수술 및 음경이물 제거수술은 제외)	3
	49. 고환(辜丸), 부고환(副辜丸), 정관(精管), 정삭(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2
	50. 음낭관혈수술	1
	51. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	52. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술	1
	53. 질탈(腔脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	54. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	55. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	56. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	57. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	58. 신경(神經) 관혈수술	2
	59. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4

	60. 척수경막내외(脊髓硬膜内外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술 은 제외]	61. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 포함)	1
	62. 누소관(淚小管)형성수술(누관류브삽입술 포함)	1
	63. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	64. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	65. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	66. 각막, 공막 이식수술	2
	67. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	68. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	69. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	70. 망막박리(網膜剝離) 수술	2
	71. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외]	1
	72. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술	2
	73. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3
	74. 안와내종양절제수술	3
75. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1	
76. 안근(眼筋)관혈수술	1	
청각기 (聽覺器)의 수술	77. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술[고막 패치술은 제외]	2
	78. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	79. 중이(中耳) 관혈수술[중이내 튜브유치술 제외]	2
	80. 중이내(中耳內) 튜브유치술[고막 패치술은 제외]	1
	81. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입]	82. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	83. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	84. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	85. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L)	1

요법은 포함하지 않음]	체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외)	
	86. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술	
	86-1. 뇌, 심장	3
	86-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	86-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1
<p>주) 상기 1 ~ 85항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 86항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강 경에 의한 수술은 해당부위(1 ~ 85 항)의 수술로 적용합니다.</p>		
<p>II. 악성신생물 치료 목적의 수술</p>		
수술명		수술 종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery)(단, 기타피부암(C44) 제외) [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]		5
1-1. 기타피부암(C44)		3
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술		3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물 수술		3
<p>주) 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'I. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다. 2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다. 3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.</p>		

III. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목 수술종류	수술 종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

(1-5종 수술분류표 사용 지침)

1. ‘수술’이라 함은 의사, 치과여사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 한다)가 피보형자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 수술하는 것을 말합니다. 이 때 수술이란 <1-5종 수술분류표>에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)]을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들어가는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단) 등은 제외)를 하는 것을 말합니다.
2. ‘관혈(觀血)’수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. ‘근본(根本)’ 혹은 ‘근치(根治)’수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. ‘관혈적 악성신생물 근치수술’이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제 또는 적출하고 혹은 광청술을 함께 실시한

경우입니다.

5. <1-5종 수술분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준: <1-5종 수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 “수술”의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선 조사 치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
 - (1) <1-5종 수술분류표> 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 <1-5종 수술분류표> 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
 - (2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1-5종 수술분류표> 중 'I. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 86항 (악성신생물의 경우는 'II. 악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.
6. ‘악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료’라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가느다란 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. ‘두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife) 정위적 방사선 치료’라 함은 정위 표표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로써 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
 - (1) 미용 성형상의 수술
 - (2) 피임(避妊) 목적의 수술
 - (3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - (4) 검사 및 진단을 위한 수술 [생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

18. 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지급 금액
상급종합병원 일반상해입원비 (1일-120일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(120일한도)

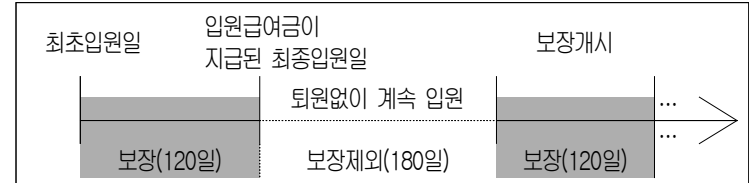
제2조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

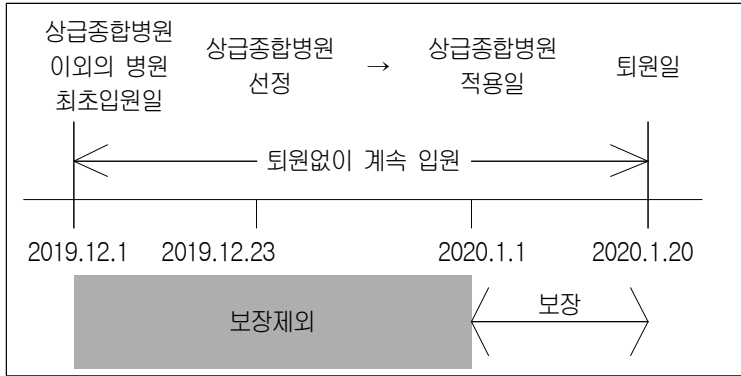
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

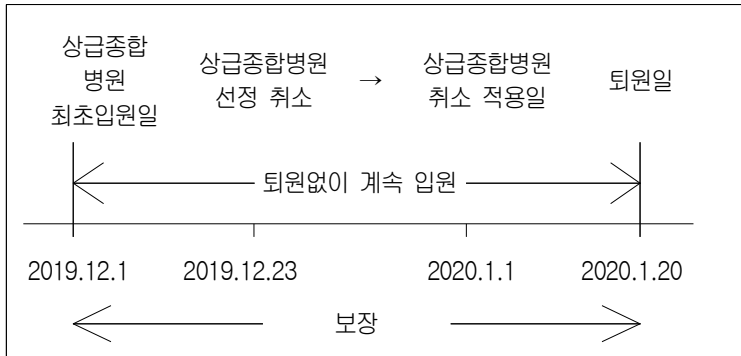
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일한 상해에 대한 입원이라도 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)를 계속 지급합니다.
- ④ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)를 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 「상급종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 상급종합병원 퇴원일까지 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)를 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)를 지급합니다.



⑦ 피보험자가 「상급종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)을 지급합니다.



- ⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 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 규

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

19. 종합병원 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 종합병원 일반상해입원비(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로서 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
종합병원 일반상해입원비(1일-180일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

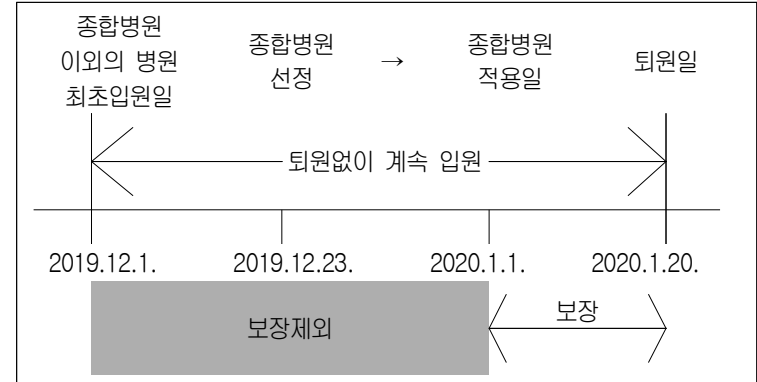
제2조(「용어」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 타액 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

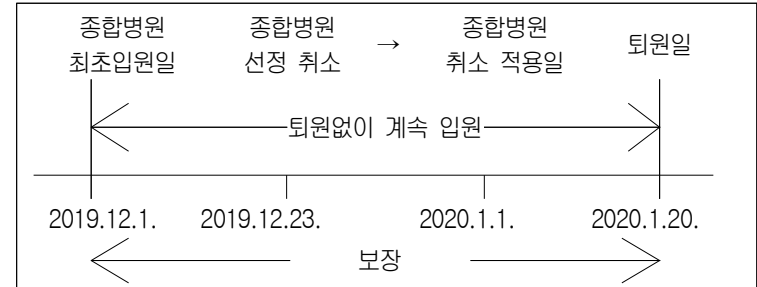
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)를 계속 보장하여 드립니다.
- ④ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)를 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 「종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 종합병원 퇴원일까지 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병

원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)을 지급합니다.



- ⑦ 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원 기간에 대하여 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)을 지급합니다.



- ⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

제2장. 질병관련 특별약관

1. 질병사망(감액없음) 특별약관

1-1. 질병사망(감액없음) 특별약관

1-2. 질병사망(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관

1-1은 비갱신형으로 운영하며,
1-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병사망보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접적인 결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 지급

구 분	지급 금액
질병사망보험금	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- 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(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

1-2. 질병사망(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제6장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 질병사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2. 질병후유장해(80%미만)(감액없음) 특별약관

2-1. 질병후유장해(80%미만)(감액없음) 특별약관

2-2. 질병후유장해(80%미만)(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관

2-1은 비갱신형으로 운영하며,
2-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 질병후유장해(80%미만)보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%미만에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	지급금액
질병후유장해(80%미만)보험금	이 특별약관 보험가입금액 × 「장해분류표」에서 정한 장해지급률

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
 - 1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내

2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내
- ③ 「장해분류표」에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 「장해분류표」의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

예시 : 질병후유장해(80%미만)(감액없음) 가입금액 100만원

- 동일한 부위에 다른 질병으로 다음과 같이 진단을 받은 경우
 - 하나의 질병으로 5%후유장해 진단시
⇒ 5%에 해당하는 보험금 지급 (5만원)
 - 또 다른 질병으로 인해 동일한 부위에 60%후유장해 진단시
⇒ 60%후유장해에 해당하는 보험금과 5%후유장해에 해당하는 보험금의 차액 지급 (60만원 - 5만원 = 55만원)

- ⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장

- 개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직 전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

2-2. 질병후유장해(80%미만)(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제6장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3. 질병후유장해(80%미만)Ⅱ(감액없음) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병후유장해(80%미만)Ⅱ보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 20%이상 80%미만에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	지급금액
질병후유장해(80%미만)Ⅱ보험금	이 특별약관 보험가입금액 × 「장해분류표」에서 정한 장해지급률

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일로부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일로부터 1년 이내
- ③ 「장해분류표」에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 「장해분류표」의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험

금을 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 규정된 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, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

예시 : 질병후유장해(80%미만)Ⅱ(감액없음) 가입금액 100만원

○ 동일한 부위에 다른 질병으로 다음과 같이 진단을 받은 경우

- 하나의 질병으로 30%후유장해 진단시
⇒ 30%에 해당하는 보험금 지급 (30만원)
- 또 다른 질병으로 인해 동일한 부위에 60%후유장해 진단시
⇒ 60%후유장해에 해당하는 보험금과 30%후유장해에 해당하는 보험금의 차액 지급 (60만원 - 30만원 = 30만원)

- 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 진단확정된 질병으로 인한 후유장애보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4. 질병입원비(1일-180일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병입원비(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지급 금액
질병입원비(1일-180일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

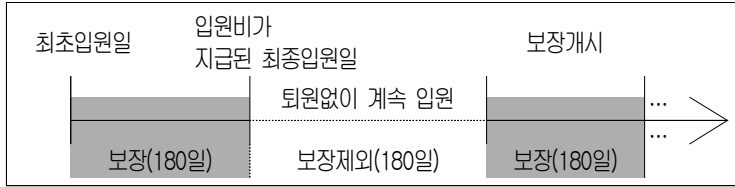
- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원비(1일-180일) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 질병입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 질병입원비(1일-180일)를 계속 보장하여 드립니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원비(1일-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
 5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 6. 성병
 7. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

5. 질병입원비(4일-180일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병입원비(4일-180일): 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에 4일 이상 계속입원한 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급

구 분	지급금액
질병입원비(4일-180일)	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

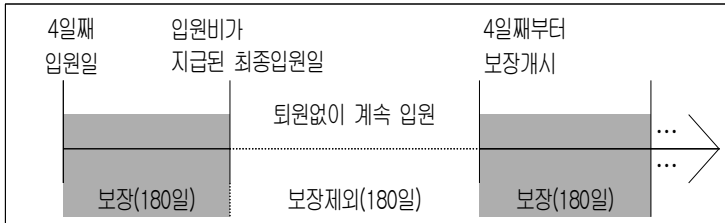
- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련

법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원비(4일-180일) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
 - ② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비(4일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- 다만 다음과 같이 질병입원비(4일-180일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비(4일-180일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 질병입원비(4일-180일)를 계속 보장하여 드립니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원비(4일-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
 5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 6. 성병
 7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

6. 질병중환자실입원비(1일-180일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병중환자실입원비(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)의 중환자실에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
질병중환자실입원비(1일-180일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에 있어서 「중환자실」이라 함은 아래의 「의료법 시행규칙 별표4」에서 정한 중환자실을 말합니다.

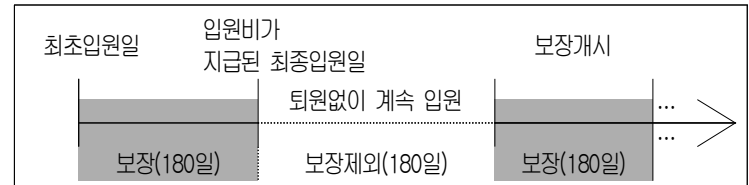
제3조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병중환자실입원비(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 질병중환자실입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을

때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 질병중환자실입원비(1일-180일)를 계속 보장하여 드립니다.

- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원비(1일-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 재왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
 5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 6. 성병
 7. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

7. 질병수술동반입원비(1일-20일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병수술동반입원비(1일-20일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 다음 각 목에 모두 해당하는 경우(이하 “수술동반입원”이라 합니다) 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급
 - 가. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 계속 입원하여 치료를 받은 경우
 - 나. 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제2조(용어의 정의) 제3항에서 정한 수술을 받는 경우
 - 다. 상기 가목 및 나목은 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

구 분	지급금액
질병수술동반입원비 (1일-20일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(20일한도)

제2조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다.)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일

한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

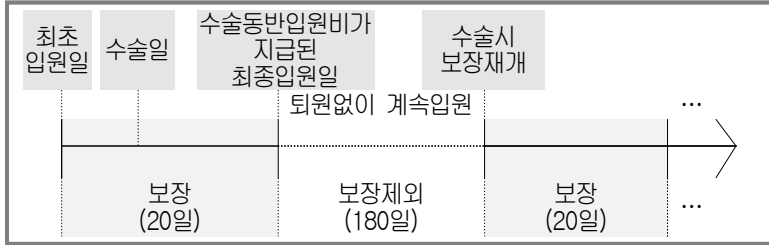
- ③ 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ④ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 제3항의 수술로 간주합니다.
 1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(항후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법
 2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술.
다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제4항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.
- ⑥ 제3항 내지 제4항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑦ 제3항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引)
 2. 천자(穿刺) 등의 조치
 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
 4. 미용성형 목적 수술
 5. 피임(避妊) 목적 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 제3항, 제4항 또는 제6항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

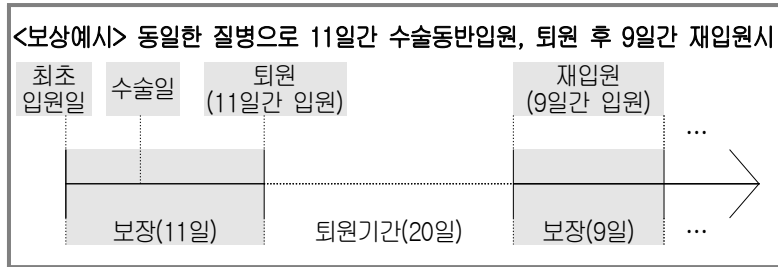
- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 나목의 수술은 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.
- ② 질병수술동반입원비(1일-20일)의 지급일수는 1회 “수술동반입원”당 20일을 한도로 합니다.
- ③ 질병수술동반입원비(1일-20일)는 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병수술동반입원비(1일-20일)가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 “수술”을 받은 경우에는 다른 “수술동반입원”으로 보아 새로운 입원일 1일째 날부터 입원 1일당 질병수술동반입원비(1일-20일)를 지급합니다. 다만, 아래와 같이 질병수술동반입원비(1일-20일)가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병수술동반입원비(1일-20일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

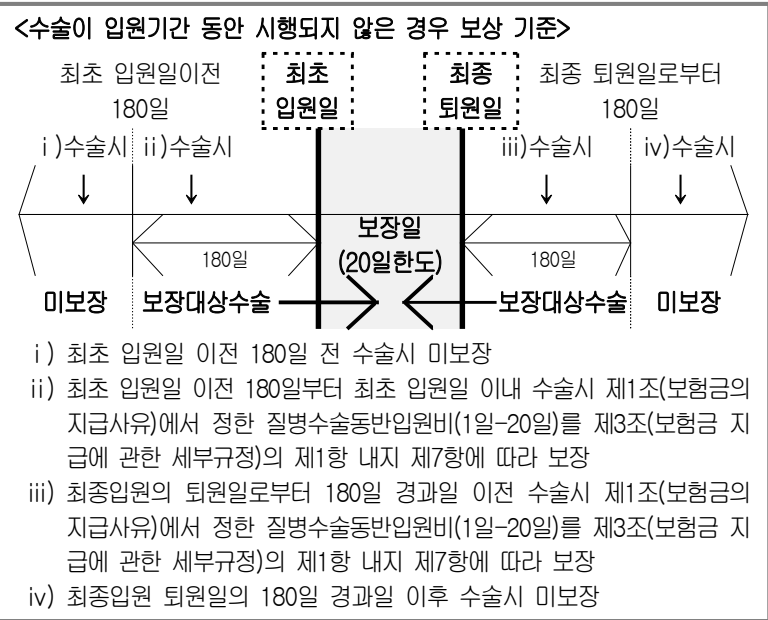


④ 피보험자가 “수술” 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.



- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 “수술동반입원”하여 치료를 받던 중에 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 “수술동반입원”에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술동반입원비(1일-20일)를 계속 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적으로 입원할 때에는 회사는 질병수술동반입원비(1일-20일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ “수술”이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 “최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내” 또는 “최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전” 수술이며, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술동반입원비(1일-20일)를 제1항 내지 제6항에 따라 지급합니다. 특히, 같은 질병 치료를 목적으로 두 종류

이상의 질병 수술을 받은 경우에는 먼저 한 수술을 기준으로 아래와 같이 보장합니다.



- ⑧ 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 회사는 아래의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을

지급하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기관의 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)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 아래 목적의 치료에 따른 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진 예방접종, 인공유산.
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 영양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 전자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입 나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비선생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence)-불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

9. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치료질환
13. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안외격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

8. 질병수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	지급 금액
질병수술비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.
 1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법
 2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술.
다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.
- ③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.
- ④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항, 제2항 또는 제4항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급하여 드립니다.
- ② 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
- ③ 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 회사는 제7차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 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)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵 및 직장 또는 항문관결질환(I84, K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
 1. 건강검진 예방접종, 인공유산.
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 영양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입 나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에

따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

9. 질병수술비(특정3대질병제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수

익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병수술비(특정3대질병제외) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(특정3대질병제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	지급금액
질병수술비(특정3대질병제외)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「특정3대질병」의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 「특정3대질병」이라 함은 「특정3대질병 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 1. 관절염, 2. 백내장, 3. 생식기질환을 말합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.
 1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법
 2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술.
다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.
- ③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.
- ④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제4항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비(특정3대질병제외)만 지급하여 드립니다. 질병수술(특정3대질병제외)을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유) 1호에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
- 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 규

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 회사는 제7차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병수술비에 대해서는 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)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
 1. 건강검진 예방접종, 인공유산.
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 영양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입 나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence)-불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험

요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 특정3대질병 분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질

병을 말합니다.

순번	대상이 되는 질병		분류번호
1	관절염	감염성 관절병증	M00~M03
		(결핵 관절염(A18.0+) 제외)	(M01.1제외)
		염증성 다발 관절병증	M05~M14
		(당뇨병성 관절병증 제외)	(M14.2 제외)
		- 류마티스 폐질환(M05.1+)	J99.0*
		관절증	M15~M19
	기타 관절장애	M20~M25	
2	백내장	노년성 백내장	H25
		기타 백내장	H26
		수정체의 기타장애	H27
3	생식기 질환	남성생식기관의 질환	N40~N45, N47~N51
		- 편모충성 전립선염(N51.0*)	A59.01+
		- 불거리고환염(N51.1*)	B26.0+
		여성골반내 기관의 염증성 질환	N70~N77
		(자궁경부의 결핵(A18.15+) 제외)	(N74.0 제외)
		(결핵성 여성 골반 염증 질환, 결핵성 자궁 내막염, 결핵성난소염 및 난관염(A18.16+) 제외)	(N74.1 제외)
여성 생식기관의 비염증성 장애	N80~N95		
달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99		

1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포

함하는 것으로 합니다.

2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

10. 암진단비(유사암제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암진단비(유사암제외) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단 확정)의 「암(유사암제외)」으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암진단비 (유사암제외)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암(C44), 갑상선암(C73), 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant

potential)는 제외합니다.

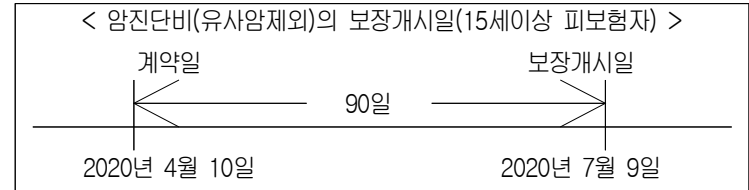
[유의사항]

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

- ② 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암(상피내암)」, 「경계성종양」을 말하며, 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. 「제자리암(상피내암)」이라 함은 「제자리신생물(상피내암) 분류표」(【별표②】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
 4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표③】참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 「암(유사암제외)」라 함은 제1항의 「암」에서 제2항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.
- ④ 「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 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.
- 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 암진단비(유사암제외)의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.
1. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
 2. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날



- 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 암진단비(유사암제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41

5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45~C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물(암)	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성신생물(암)	C60~C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물(암)	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	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

1. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된

것을 인정합니다.

【별표②】 제자리신생물(상피내암) 분류표

약관에 규정하는 제자리암(상피내암)으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 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

1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표③】 행동양식 불명 또는 이상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 이상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 이상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 이상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D48

1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에

추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

- 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

11. 암진단비(소액암 및 유사암제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 암진단비(소액암 및 유사암제외) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(소액암 및 유사암제외)」 등의 정의 및 진단확정) 제4항의 「암(소액암 및 유사암제외)」으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암진단비 (소액암 및 유사암제외)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암(소액암 및 유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

- 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 기타피부

암(C44), 갑상선암(C73), 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

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

- 「소액암」이라 함은 제1항의 「암」 중에서 아래의 악성신생물(암)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

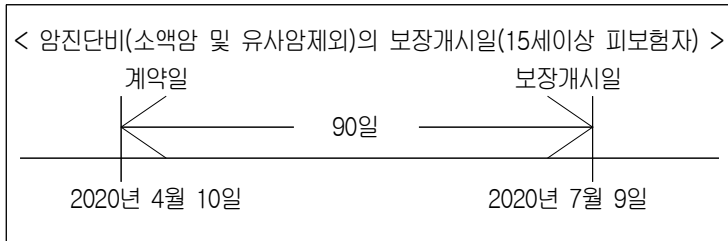
대 상 이 되 는 질 병	분 류 번 호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
3. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
4. 전립선의 악성신생물(암)	C61
5. 방광의 악성신생물(암)	C67

- 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암(상피내암)」, 「경계성종양」을 말하며, 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 「갑상선암」이라 함은 【별표①】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 「기타피부암」이라 함은 【별표①】 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 「제자리암(상피내암)」이라 함은 【별표②】 「제자리신생물(상피내암) 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 「경계성종양」이라 함은 【별표③】 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.

- ④ 「암(소액암 및 유사암제외)」라 함은 제1항의 「암」에서 제2항의 「소액암」 및 제3항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.
- ⑤ 제4항의 「암(소액암 및 유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(소액암 및 유사암제외) 관련질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 암진단비(소액암 및 유사암제외)의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.
 1. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
 2. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날



- 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암(소액암 및 유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(소액암 및 유사암제외)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 암진단비(소액암 및 유사암제외) 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 **【별표①】** 참조

【별표②】 제자리신생물(상피내암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 **【별표②】** 참조

【별표③】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 **【별표③】** 참조

12. 유사암진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 유사암진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)의 「유사암」으로 진단이 확정되었을 때에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
유사암 진단비	갑상선암 기타피부암 제자리암 (상피내암) 경계성종양	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관의 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관의 보험가입금액

제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)

- ① 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암(상피내암)」, 「경계성종양」을 말하며, 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서

다음에 해당하는 질병을 말합니다.

1. 「갑상선암」이라 함은 **【별표①】** 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 2. 「기타피부암」이라 함은 **【별표①】** 「악성신생물(암) 분류표」에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. 「제자리암(상피내암)」이라 함은 **【별표②】** 「제자리신생물(상피내암) 분류표」에 해당하는 질병을 말합니다.
 4. 「경계성종양」이라 함은 **【별표③】** 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암(상피내암)」, 「경계성종양」으로 각각 진단받아 유사암진단비 지급

사유가 각1회씩 총4회 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 최종 손해보장의 원인이 생긴때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 **【별표①】** 참조

【별표②】 체자리신생물(상피내암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 **【별표②】** 참조

【별표③】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 **【별표③】** 참조

13. 11대특정암진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 11대특정암진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「11대특정암」의 정의 및 진단확정)의 「11대특정암」으로 진단이 확정되었을

때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
11대특정암진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

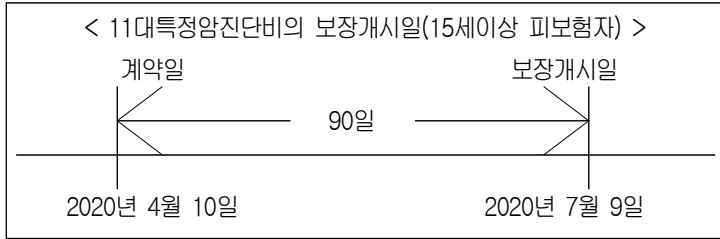
제2조(「11대특정암」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「11대특정암」라 함은 「11대특정암 분류표」(【별표】 참조)에서 정한 1. 식도의 악성신생물(암), 2. 췌장의 악성신생물(암), 3. 골 및 관절연골의 악성신생물(암), 4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암), 5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암), 6. 간 및 간내 담관의 악성신생물(암), 7. 담낭의 악성신생물(암), 8. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암), 9. 기관의 악성신생물(암), 10. 기관지 및 폐의 악성신생물(암), 11. 소장 악성신생물(암)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 「11대특정암」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 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「11대특정암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 11대특정암진단비의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.
 1. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
 2. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여

90일이 지난 날의 다음날



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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「11대특정암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「11대특정암」으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 11대특정암진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 11대특정암 분류표

약관에 규정하는 11대특정암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물(암)	C15
2. 췌장의 악성신생물(암)	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40
- 기타 및 상체불명 부위의 골 관절연골의 악성신생물(암)	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물(암)	C70~C72
- 수막의 악성신생물(암)	C70
- 뇌의 악성신생물(암)	C71

- 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물(암)	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	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(암)	C96
- 만성 골수증식 질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성신생물(암)	C22
7. 담낭의 악성신생물(암)	C23
8. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C24
9. 기관의 악성신생물(암)	C33
10. 기관지 및 폐의 악성신생물(암)	C34

11. 소장의 악성신생물(암)	C17
------------------	-----

- 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

14. 갑상선암(초기제외)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 갑상선암(초기제외)진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「갑상선암(초기제외)」의 정의 및 진단 확정)의 「갑상선암(초기제외)」으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
갑상선암(초기제외) 진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「갑상선암(초기제외)」의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행)에서 분류번호 C73(갑상선의

악성신생물(암)에 해당하는 질병을 말합니다.

[유의사항]

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

- ② 이 특별약관에서 「초기갑상선암」 이라 함은 다음 각 호 모두에 해당하는 경우를 말합니다.
 1. 제1항에서 정한 「갑상선암」에 해당하는 질병 중에서 유두암(Papillary cancer) 또는 여포암(Follicular cancer)일 것
 2. 암 종양의 크기가 2.0cm 이하이고 갑상선 내부에 한정될 것
 3. 림프절전이나 원격전이가 없는 갑상선암일 것
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암(초기제외)」 이라 함은 제1항에서 정한 「갑상선암」에 해당하는 질병 중, 제2항에서 정한 「초기갑상선암」을 제외한 암을 말합니다.
- ④ 「갑상선암(초기제외)」의 “진단확정”은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration), 혈액(hemicystem) 검사 또는 골수검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「갑상선암(초기제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 갑상선암(초기제외)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

15. 고액치료비암진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 고액치료비암진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「고액치료비암」의 정의 및 진단 확정)의 「고액치료비암」으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

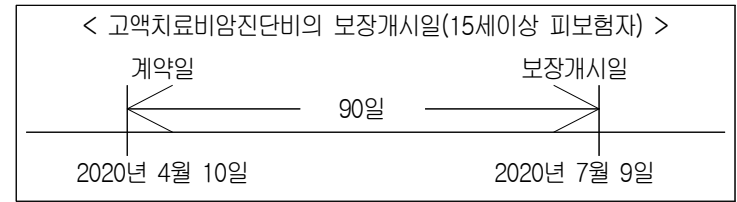
구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
고액치료비암 진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「고액치료비암」의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에 있어서 「고액치료비암」이라 함은 「고액치료비암 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 1.식도의 악성신생물(암), 2.체장의 악성신생물(암), 3.골 및 관절연골의 악성신생물(암), 4.뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물(암), 5.림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- 「고액치료비암」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 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.
그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「고액치료비암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유) 고액치료비암진단비의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.
 - 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
 - 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날



- 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「고액치료비암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「고액치료비암」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 고액치료비양진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 고액치료비양 분류표

약관에 규정하는 고액치료비양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물(암)	C15
2. 췌장의 악성신생물(암)	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물(암)	C70~C72
- 수막의 악성신생물(암)	C70
- 뇌의 악성신생물(암)	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부분의 악	C72

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
성신생물(암)	
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	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(암)	C96
- 만성 골수증식 질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

16. 암직접치료입원비(요양병원 제외)(4일-120일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단 확정)의 「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 제3조(「암관련질병」의 직접적인 치료의 정의)에서 정한 「암관련질병」의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 병원(단, 요양병원 제외)에 입원한 경우에는 4일째 입원일부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액	
암직접치료입원비(요양병원제외)	암	계약일로부터 1년미만 발생시	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50% (120일 한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 (120일 한도)
	갑상선암 기타피부암 제자리암 (상피내암) 경계성종양	계약일로부터 1년미만 발생시	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50% × 20% (120일 한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 × 20% (120일 한도)

제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암(상피

내암)」, 「경계성종양」(이하 「암관련질병」이라 합니다.) 이라 함은 제 7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」 이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암(C44), 갑상선암(C73), 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

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

2. 「갑상선암」 이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. 「기타피부암」 이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 4. 「제자리암(상피내암)」 이라 함은 「제자리신생물(상피내암) 분류표」(【별표②】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
 5. 「경계성종양」 이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표③】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 「암관련질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세 바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암관련질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(「암관련질병」의 직접적인 치료의 정의)

- ① 「암관련질병」의 직접적인 치료라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제

하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

- ② 「암관련질병」의 직접적인 치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ 「암관련질병」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 - 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 - 2. 면역력 강화 치료
 - 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암관련질병」의 직접적인 치료로 봅니다.
 - 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 - 2. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 - 3. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 - 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제4조(「입원」의 정의와 장소)

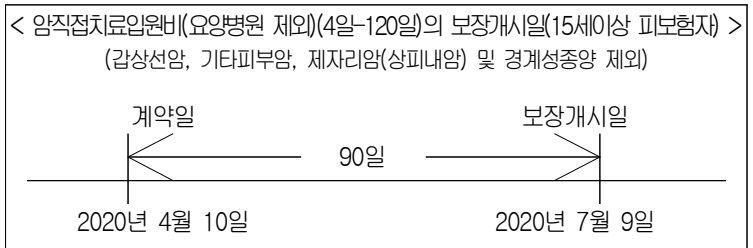
- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 「암관련질병」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외하며, 이하 「병원」이라 합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는

것을 말합니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

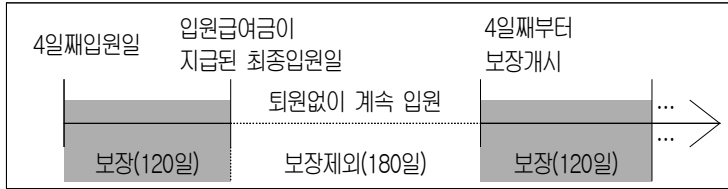
제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 암직접치료입원비(요양병원 제외)(4일-120일)의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.
 - 1. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
 - 2. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.)



- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 암직접치료입원비(요양병원 제외)(4일-120일) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 「암관련질병」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「암관련질병」에 대한 입원이라도 암직접치료입원비(요양병원 제외)(4일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 암직접치료입원비(요양병원 제외)(4일-120일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원비(요양병원 제외)(4일-120일)가 지급된 최종입원일의 그 다

음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 암 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제2항 및 제3항의 규정에 따라 암직접치료입원비(요양병원 제외)(4일-120일)는 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원비(요양병원 제외)(4일-120일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 4일째 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제7조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표①】 참조

【별표②】 제자리신생물(상피내암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표②】 참조

【별표③】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표③】 참조

17. 암직접치료입원비(요양병원 제외)(1일-180일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암직접치료입원비(요양병원 제외)(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단 확정)의 「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 제3조(「암관련질병」의 직접적인 치료의 정의)에서 정한 「암관련질병」의 직접적인 치료를 목적으로 계속하여 병원(단,요양병원제외)에 입원한 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액	
암 직접 치료 입원 비 (요 양 병 원 제 외)	암	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50% (180일 한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일 한도)
	갑상선암 기타피부암 제자리암 (상피내암) 경계성종양	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50% × 20%(180일 한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 × 20%(180일 한도)

제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암(상피내암)」, 「경계성종양」(이하 「암관련질병」이라 합니다.) 이라 함은 제 7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암(C44), 갑상선암(C73), 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

[유의사항]

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

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 4. 「제자리암(상피내암)」이라 함은 「제자리신생물(상피내암) 분류표」(【별표②】참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
 5. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표③】참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 「암관련질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세 바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암(상피내암)」 및 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(「암관련질병」의 직접적인 치료의 정의)

- ① 「암관련질병」의 직접적인 치료라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통

용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

- ② 「암관련질병」의 직접적인 치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ 「암관련질병」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암관련질병」의 직접적인 치료로 봅니다.
 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

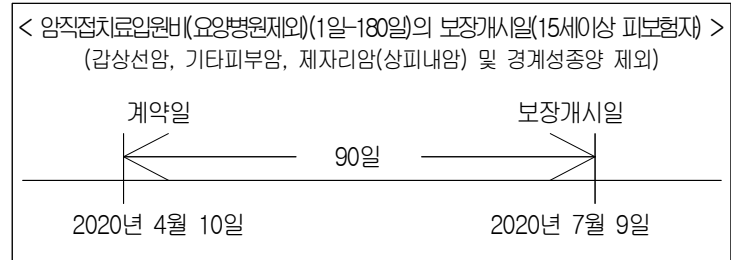
제4조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 「암관련질병」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외하며, 이하 「병원」이라 합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

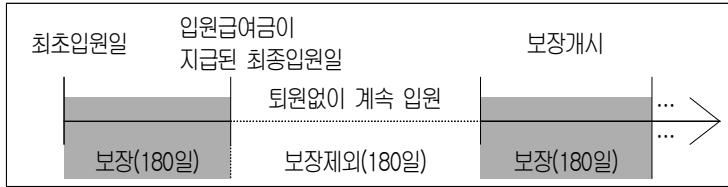
- ② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 암직접치료입원비(요양병원 제외)(1일-180일)의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.
 1. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
 2. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.)



- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 암직접치료입원비(요양병원 제외)(1일-180일) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 「암관련질병」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「암관련질병」에 대한 입원이라도 암직접치료입원비(요양병원 제외)(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 암직접치료입원비(요양병원 제외)(1일-180일)가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원비(요양병원 제외)(1일-180일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 암 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제2항 및 제3항의 규정에 따라 암직접치료입원비(요양병원 제외)(1일-180일)는 계속 보장하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원비(요양병원 제외)(1일-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 최초입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년 미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제7조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부

규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표①】 참조

【별표②】 제자리신생물(상피내암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표②】 참조

【별표③】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표③】 참조

18. 요양병원 암입원비(1일-60일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 요양병원 암입원비(1일-60일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단 확정)의 「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 그 「암관련질병」으로 인해 계속하여 요양병원에 입원한 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50% (60일 한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(60일 한도)
암 관련 질 병 비	갑상선암 기타피부암 제자리암 (상피내암) 경계성종양	계약일로부터 1년미만 발생시 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50% × 20%(60일 한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 × 20%(60일 한도)

제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암(상피내암)」, 「경계성종양」(이하 「암관련질병」이라 합니다.) 이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」 이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암(C44), 갑상선암(C73), 전암(前

癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

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

2. 「갑상선암」 이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. 「기타피부암」 이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 4. 「제자리암(상피내암)」 이라 함은 「제자리신생물(상피내암) 분류표」(【별표②】참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
 5. 「경계성종양」 이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표③】참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 「암관련질병」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 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암관련질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(「입원」의 정의와 장소)

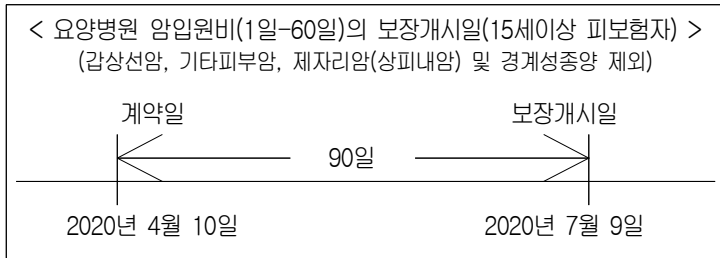
- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 「암관련질병」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는

것을 말합니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

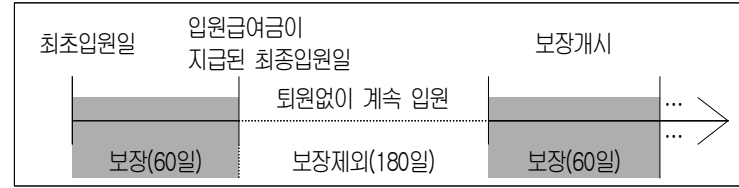
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 요양병원 암입원비(1일-60일)의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.
 1. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
 2. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.)



- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 요양병원 암입원비(1일-60일) 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 「암관련질병」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「암관련질병」에 대한 입원이라도 요양병원 암입원비(1일-60일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 다음과 같이 요양병원 암입원비(1일-60일)가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 요양병원 암입원비

(1일-60일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 요양병원 암입원비(1일-60일)의 최초계약 가입일부터 지급된 「요양병원 암입원비(1일-60일)」의 누적 지급일수(이하 “누적 지급일수”라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 「요양병원 암입원비(1일-60일)」은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 암 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제2항 및 제3항의 규정에 따라 요양병원 암입원비(1일-60일)는 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 요양병원 암입원비(1일-60일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 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.
- ⑧ 최초입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년 미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표①】 참조

【별표②】 제자리신생물(상피내암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표②】 참조

【별표③】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표③】 참조

19. 요양병원 암입원비(1일-90일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 요양병원 암입원비(1일-90일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단 확정)의 「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 그 「암관련질병」으로 인해 계속하여 요양병원에 입원한 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
요양병원 암	암	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50% (90일 한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(90일 한도)
요양병원 암입원비	갑상선암 기타피부암 제자리암 (상피내암) 경계성종양	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50% × 20%(90일 한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 × 20%(90일 한도)

제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암(상피

내암), 「경계성종양」(이하 「암관련질병」이라 합니다.)이라 함은 제 7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암(C44), 갑상선암(C73), 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

[유의사항]

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

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 4. 「제자리암(상피내암)」이라 함은 「제자리신생물(상피내암) 분류표」(【별표②】참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
 5. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표③】참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 「암관련질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세 바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암관련질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(「입원」의 정의와 장소)

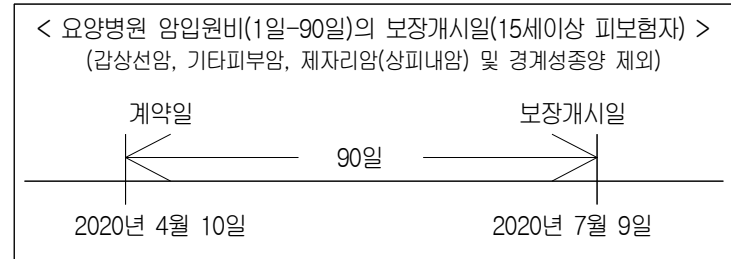
- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사

또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 「암관련질병」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

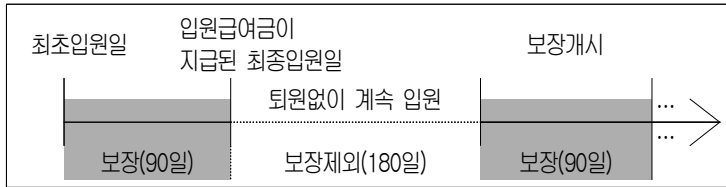
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 요양병원 암입원비(1일-90일)의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.
 1. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
 2. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.)



- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 요양병원 암입원비(1일-90일) 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.
- ③ 동일한 「암관련질병」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「암관련질병」에

대한 입원이라도 요양병원 암입원비(1일-90일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 다음과 같이 요양병원 암입원비(1일-90일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 요양병원 암입원비(1일-90일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 요양병원 암입원비(1일-90일)의 최초계약 가입일부터 지급된 「요양병원 암입원비(1일-90일)」의 누적 지급일수(이하 “누적 지급일수”라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 「요양병원 암입원비(1일-90일)」은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 암 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제2항 및 제3항의 규정에 따라 요양병원 암입원비(1일-90일)는 계속 보장하여 드립니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 요양병원 암입원비(1일-90일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 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.
- ⑧ 최초입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우, 1년

미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%를 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 **【별표①】** 참조

【별표②】 제자리신생물(상피내암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 **【별표②】** 참조

【별표③】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 **【별표③】** 참조

20. 암수술비III 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암수술비III : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)의 「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 그 「암관련질병」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
암수술비III	암	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% × 10%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 10%
	갑상선암 기타피부암 제자리암 (상피내암) 경계성종양	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% × 10%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 10%

제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암(상피내암)」, 「경계성종양」(이하 「암관련질병」이라 합니다.) 이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.
 1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암(C44), 갑상선암(C73), 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

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

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「제자리암(상피내암)」이라 함은 「제자리신생물(상피내암) 분류표」(【별표②】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
5. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표③】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 「암관련질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세 바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암관련질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표①】 참조

【별표②】 제자리신생물(상피내암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표②】 참조

【별표③】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표③】 참조

21. 암수술비Ⅳ 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암수술비Ⅳ : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)의 「암」으로 진단이 확정되고, 그 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
암수술비Ⅳ	암	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% × 90%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 90%

제2조(「암」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암(C44), 갑상선암(C73), 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

[유의사항]

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

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」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 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보형자가 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료 효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

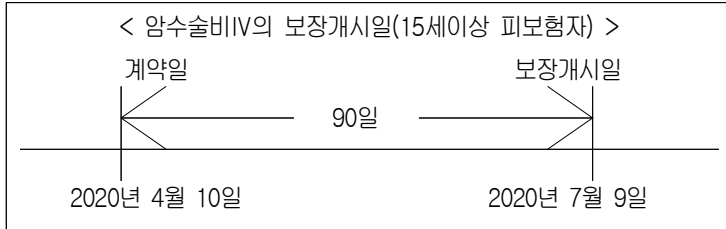
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引)
 2. 천자(穿刺) 등의 조치
 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
 4. 미용성형 목적 수술
 5. 피임(避妊) 목적 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)
- ⑤ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑥ 제5항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보형자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑦ 제5항의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보형자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 암수술비Ⅳ의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.
1. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
 2. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날



- 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제3조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 암수술비Ⅳ 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적정한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표①】 참조

22. 항암방사선약물치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 항암방사선약물치료비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한

보장개시일 이후에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)의 「암」 등으로 진단이 확정되고 그 「암(갑상선암, 기타피부암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
항암방사선치료비	암	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갑상선암 기타피부암	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% × 20%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 20%

제2조(「암」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.
1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암(C44), 갑상선암(C73), 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

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

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

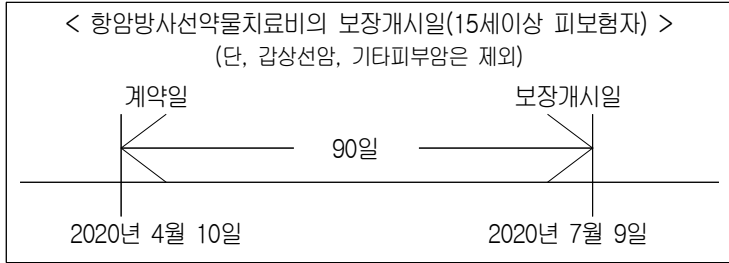
- ② 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(갑상선암, 기타피부암 포함)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다.)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다.)을 말합니다.
- 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 항암방사선약물치료비의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.
1. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
 2. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.)



- ② 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 암으로 항암방사선약물치료비를 받은 후 기타피부암 또는 갑상선암으로 항암방사선약물치료비를 받은 경우에는 추가적으로 항암방사선약물치료비는 보상하지 않습니다.
- ③ 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력

회복)에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선약물치료비(단, 갑상선암, 기타피부암으로 진단확정된 경우는 제외합니다.) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표①】 참조

23. 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암」으로 진단 확정되고, 「말기암환자」를 대상으로 하는 「말기암환자 완화의

료」 치료를 목적으로 「호스피스전문기관」의 「완화의료병동」에 입원한 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지급 금액
말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

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

- ② 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(용어의 정의)

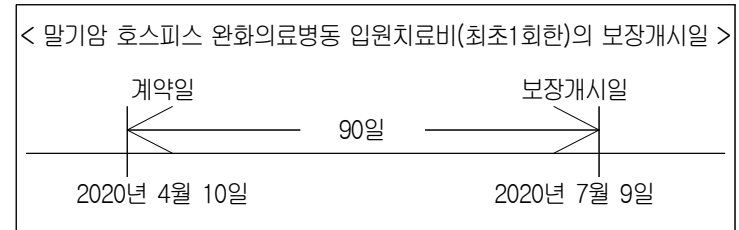
- ① 이 특별약관에서 「말기암환자」이라 함은 「암관리법」 제2조(정의) 제1호에 따라 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고, 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 암환자를

말합니다.

- ② 이 특별약관에서 「호스피스전문기관」이라 함은 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)에 의해서 보건복지부장관에 의하여 지정된 의료기관을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「완화의료병동」이라 함은 제2호의 「호스피스전문기관」 내의 다른 병동과 물리적으로 구분되는 병동을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「말기암환자 완화의료」이라 함은 「암관리법」 제2조(정의) 제2호에 따라 통증과 증상의 완화를 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 말기암환자와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 하는 의료를 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



- 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 「말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한)」 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표①】 참조

24. 암사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 암사망보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암」 등의 정의 및 진단확정)의 「암」 등으로 진단이 확정되고 그 암(갑상선암, 기타피부암 포함)을 직접적인 원인으로 사망한 경우 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
암 사 망 보 험 금	암	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갑상선암 기타피부암	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암」 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.
 - 1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암(C44), 갑상선암(C73), 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition

with malignant potential)는 제외합니다.

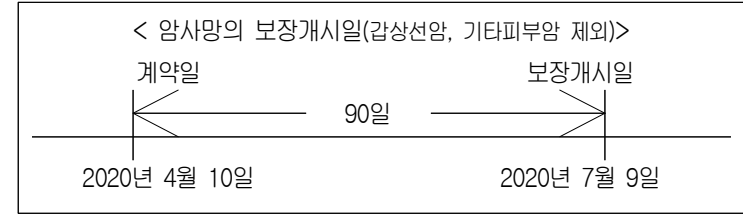
[유의사항]

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

2. 「갑상선암」 이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」 (【별표①】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. 「기타피부암」 이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」 (【별표①】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(갑상선암, 기타피부암 포함)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 암사망보험금의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
 1. 암(갑상선암, 기타피부암은 제외) : 보험증권에 기재된 보험기간의 첫 날로부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날
 2. 갑상선암, 기타피부암 : 계약일



- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 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 지급사유판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암」 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

회복)에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 암사망보험금 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표①】 참조

25. 재진단암진단비 특별약관

25-1. 재진단암진단비 특별약관

25-2. 재진단암진단비(갱신형_20년) 특별약관

25-1은 비갱신형으로 운영하며,
25-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

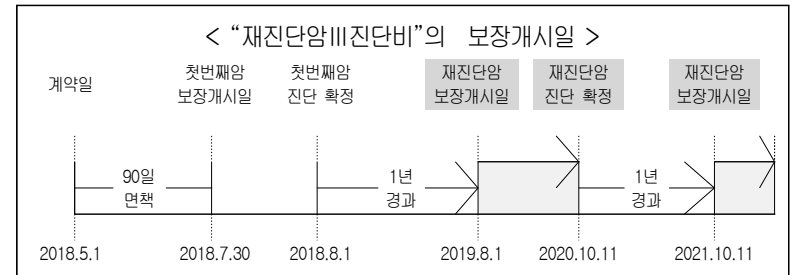
회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 재진단암진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 재진단암의 보장개시일 이후에 제3조(「첫번째암」 및 「재진단암」의 정의 및 진단확정) 제3항의 「재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)」으로 진단이 확정되었을 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	지급금액
재진단암진단비 (기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)	이 특별약관 보험가입금액

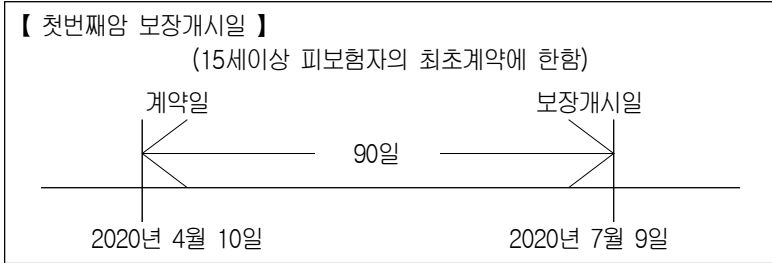
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) “재진단암진단비”의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
 1. 첫 번째 「재진단암」 : 「첫번째암」 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날
 2. 두 번째 이후 「재진단암」 : 직전 「재진단암」 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날



- ② 제1항 제1호의 「첫번째암」은 「암보장개시일」 이후에 최초로 진단받은 암(기타피부암, 갑상선암 제외)을 말합니다.
- ③ 제2항의 「첫번째암 보장개시일」은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.
 1. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일

2. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날



④ 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(「첫번째암」 및 「재진단암」의 정의 및 진단확정)

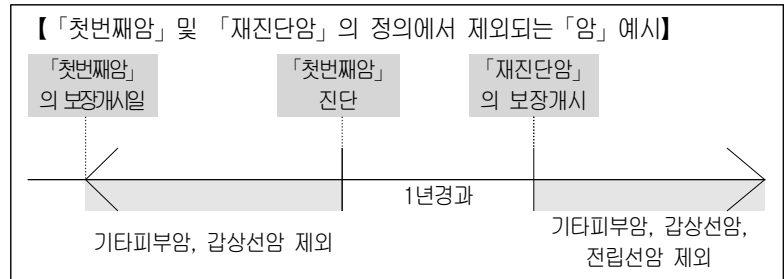
- ① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」 이라 함은 다음에 정한 질병을 말합니다.
1. 「암」 이라 함은 **【별표①】 「악성신생물(암) 분류표」**에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 기타피부암(C44), 갑상선암(C73), 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

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

2. 「갑상선암」 이라 함은 **【별표①】 「악성신생물(암) 분류표」**에서 분류

번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

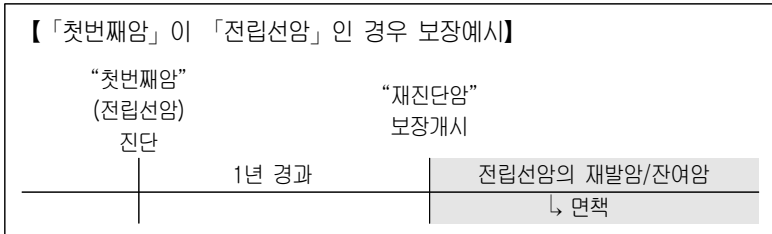
3. 「기타피부암」 이라 함은 **【별표①】 「악성신생물(암) 분류표」**에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 「첫번째암」 및 「재진단암」의 정의에서 제외되는 「암」은 다음 각 호와 같습니다.
 1. 「첫번째암」에서 제외되는 암
 - 가. 「기타피부암」(C44(기타 피부의 악성신생물(암)))
 - 나. 「갑상선암」(C73(갑상선의 악성신생물(암)))
 2. 「재진단암」에서 제외되는 암
 - 가. 「기타피부암」(C44(기타 피부의 악성신생물(암)))
 - 나. 「갑상선암」(C73(갑상선의 악성신생물(암)))
 - 다. 「전립선암」(C61(전립선의 악성신생물(암)))



- ③ 「재진단암」이란 「첫번째암」 또는 직전 「재진단암」 진단 확정일로부터 1년 경과 후 다음 각 호의 「암」에 해당하는 경우를 말합니다.
 1. 새로운 원발암
 2. 전이암
 3. 재발암
 4. 잔여암
- ④ 제3항에서 「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.
- ⑤ 제3항에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤

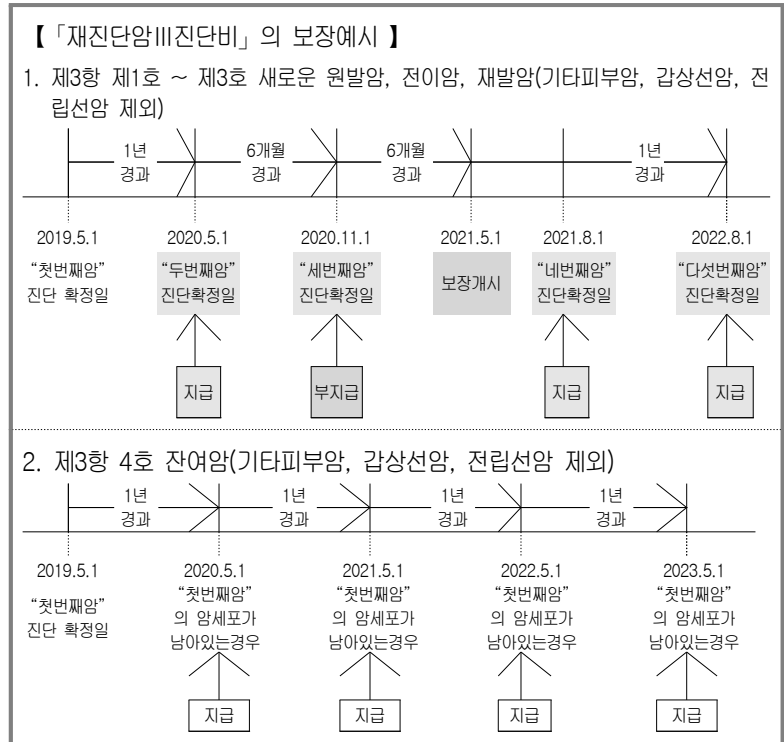
또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

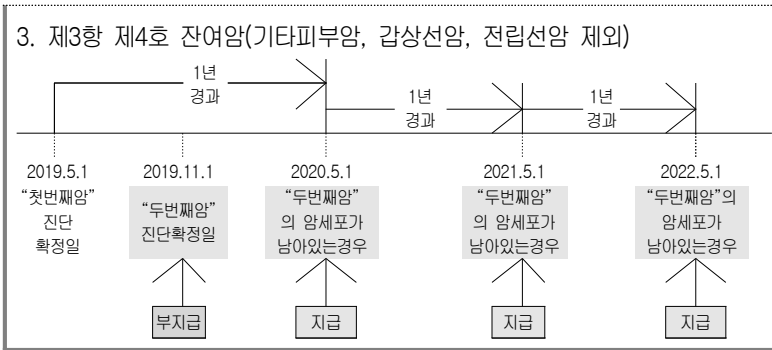
- ⑥ 제3항에서 「재발암」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」 또는 「재진단암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」 또는 「재진단암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.
- ⑦ 제3항에서 「잔여암」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」에 대한 보장 개시일 이후 발생한 암진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.
- ⑧ 제5항 내지 제7항의 규정에도 불구하고, 「첫번째암」이 「전립선암」(C61(전립선의 악성신생물(암)))인 경우 그 「첫번째암」의 진단확정일로부터 1년 후 「재진단암」의 보장은 개시하되, 원발부위가 「전립선암」인 「전립선암」의 「재발암」 및 「전립선암」의 「잔여암」에 대한 “재진단암≡진단비”는 지급하지 않습니다.



- ⑨ 「첫번째암」의 진단 확정일은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적인 진단이 가능하지 않을 때에는 피보형자가 암, 기타피부암, 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑩ 「재진단암」의 진단 확정일은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는

미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적인 진단이 가능하지 않을 때에는 피보형자가 「재진단암」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.





제4조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다.)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다.)을 말합니다.
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제5조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료

효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引)
 2. 천자(穿刺) 등의 조치
 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
 4. 미용성형 목적 수술
 5. 피임(避妊) 목적 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 항암방사선치료 및 항암약물치료
 8. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제7조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제3조(「첫번째암」 및 「재진단암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.
 1. 이 특별약관이 해지되기 전에 「첫번째암」으로 진단확정 되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 최초 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)의 규정을 적용
 2. 이 특별약관이 해지되기 전에 이미 「첫번째암」 또는 「재진단암」으로 진단확정 된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)의 규정을 적용

제9조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

- ① 25-2. 재진단암III진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제0장 0. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)」에 관한 특별약관을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 더 이상 갱신되지 않습니다.
 1. [갱신종료나이-1]세까지 「제2장 10.암진단비(유사암제외) 특별약관」의 제1조(보험금의 지급사유)가 발생하지 않은 경우
 2. 이 특별약관의 보험금 지급사유가 발생하여 해당 보험금이 지급되고,

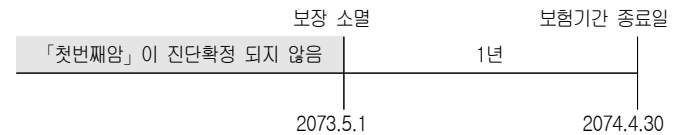
잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

제10조(특별약관의 소멸)

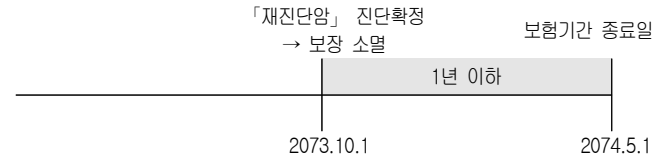
- ① 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산한 책임준비금이 있는 경우 해당 보장의 책임준비금을 지급합니다. 또한 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
 1. 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 잔여보험기간(갱신형의 경우 갱신종료나이의 계약해당일까지의 기간)이 그 날을 1년 이하인 경우
 2. 「재진단암」이 진단확정 되어 “재진단암III진단비”가 지급되고, 잔여보험기간(갱신형의 경우 갱신종료나이의 계약해당일까지의 기간)이 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

【 재진단암진단비 보장소멸 예시 】

1. 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 잔여기간이 1년 이하인 경우



2. 「재진단암」 진단확정 시점에 잔여기간이 1년 이하인 경우



- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표①】 참조

26. 급성심근경색증사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 급성심근경색증사망보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)의 「급성심근경색증」으로 진단 확정 되고 그 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 경우 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
급성심근경색증사망 보험금	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관

의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- 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 지급사유판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증사망보험금 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망(보통

약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

- 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

27. 급성심근경색증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 급성심근경색증진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)의 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
급성심근경색증 진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 급성심근경색증 분류표

: 제2장 26. 급성심근경색증사망 특별약관 【별표】 참조

28. 허혈성심질환진단비 특별약관

28-1. 허혈성심질환진단비 특별약관

28-2. 허혈성심질환진단비(갱신형_20년) 특별약관

28-1은 비갱신형으로 운영하며,
28-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 허혈성심질환진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)의 「허혈성심질환」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
허혈성 심질환 진단비	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 허혈성심질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을

기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- 가. 보험기간 중 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- 나. 부검감정서상 사인이 「허혈성심질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

28-2. 허혈성심질환진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제6장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가 납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 허혈성심질환진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는

바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 허혈성심질환 분류표

약관에 규정하는 「허혈성심질환」으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈성장질환	I24
6. 만성 허혈성장병	I25

- 1. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- 3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

29. 뇌출혈진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 뇌출혈진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌출혈」의 정의 및 진단확정)의 「뇌출혈」로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
뇌출혈진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「뇌출혈」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌출혈」이라 함은 「뇌출혈 분류표」(【별표】참조)에 해당하는 1.지주막하출혈, 2.뇌내출혈, 3.기타 비외상성 두개내 출혈로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「뇌출혈」로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수

- 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 「뇌출혈」로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ 선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌출혈진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 지주막하 출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	162

1. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

30. 뇌졸중사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 뇌졸중사망보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)의 「뇌졸중」으로 진단확정 되고 그 뇌졸중을 직접적인 원인으로 사망한 경우 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
뇌졸중사망보험금	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표】참조)에 해당하는 1. 지주막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 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

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려 내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ 선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- 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 지급사유판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지

급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌졸중사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 지주막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

1. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에

추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

31. 뇌졸중진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 뇌졸중진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)의 「뇌졸중」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
뇌졸중진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 1. 지주막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을

말합니다.

- ② 제1항의 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 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

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려 내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성

동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌졸중진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 뇌졸중 분류표

: 제2장 30. 뇌졸중사망 특별약관 【별표】 참조

32. 뇌혈관질환진단비 특별약관

32-1. 뇌혈관질환진단비 특별약관

32-2. 뇌혈관질환진단비(갱신형_20년) 특별약관

32-1은 비갱신형으로 운영하며,

32-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 뇌혈관질환진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌혈관질환」의 정의 및 진단확정)의 「뇌혈관질환」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
뇌혈관질환 진단비	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「뇌혈관질환」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 1. 지주막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 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

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

32-2. 뇌혈관질환진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제

도성 특별약관 제6장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌혈관질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 지주막하 출혈	I 60
2. 뇌내출혈	I 61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I 62
4. 뇌경색증	I 63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I 64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I 65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I 66

8. 기타 뇌혈관 질환	167
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	168
10. 뇌혈관 질환의 후유증	169

- 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

33. 급성심근경색증입원비(4일-120일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 급성심근경색증입원비(4일-120일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)의 「급성심근경색증」으로 진단확정되고 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
급성심근경색증입원비(4일-120일)	4일째 입원일부터 입원 1일당 보험가입금액(120일 한도)

제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- 제1항의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

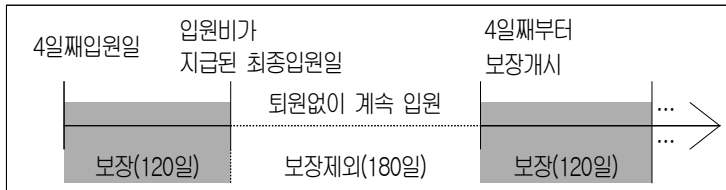
제3조(「입원」의 정의와 장소)

- 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 「급성심근경색증」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- 이 특별약관에서 「급성심근경색증의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「급성심근경색증」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만

「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「급성심근경색증」으로 진단된 경우에는 이는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증입원비(4일-120일) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「급성심근경색증」에 대한 입원이라도 급성심근경색증입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만 다음과 같이 급성심근경색증입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일 부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 급성심근경색증입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 「급성심근경색증」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항의 규정에 따라 급성심근경색증입원비(4일-120일)는 계속 보장하여 드립니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 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 규

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 급성심근경색증 분류표

: 제2장 26. 급성심근경색증사망 특별약관 【별표】 참조

34. 급성심근경색증입원비(1일-180일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 급성심근경색증입원비(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)의 「급성심근경색증」으로 진단확정되고 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
급성심근경색증입원비 (1일-180일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일 한도)

제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

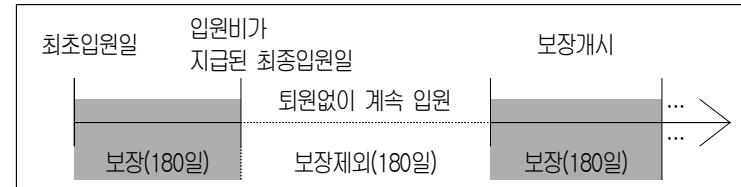
- ① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표】참조)에 해당하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과외사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과외사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 「급성심근경색증」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「급성심근경색증의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「급성심근경색증」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「급성심근경색증」으로 진단된 경우에는 이는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증입원비(1일-180일) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「급성심근경색증」에 대한 입원이라도 급성심근경색증입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 다음과 같이 급성심근경색증입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 급성심근경색증입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 「급성심근경색증」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항의 규정에 따라 급성심근경색증입원비(1일-180일)는 계속 보장하여 드립니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때

에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑤ 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 급성심근경색증 분류표

: 제2장 26. 급성심근경색증사망 특별약관 【별표】 참조

35. 뇌졸중입원비(4일-120일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 뇌졸중입원비(4일-120일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)의 「뇌졸중」으로 진단확정되고 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급

구 분	지급 금액
뇌졸중입원비(4일-120일)	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(120일 한도)

제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 1. 지주막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려 내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「입원」의 정의와 장소)

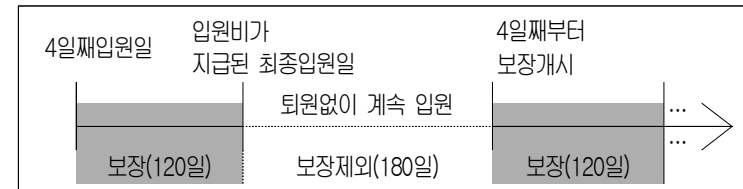
- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 「뇌졸중」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이적

하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

- ③ 이 특별약관에서 「뇌졸중의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「뇌졸중」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌졸중」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌졸중」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌졸중입원비(4일-120일) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「뇌졸중」에 대한 입원이라도 뇌졸중입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 다음과 같이 뇌졸중입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌졸중입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 「뇌졸중」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항의 규정에 따라 뇌졸중입원비(4일-120일)는 계속 보

장하여 드립니다.

- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 뇌졸중 분류표

: 제2장 30. 뇌졸중사망 특별약관 【별표】 참조

36. 뇌졸중입원비(1일-180일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 뇌졸중입원비(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)의 「뇌졸중」으로 진단확정되고 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
뇌졸중입원비(1일-180일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일 한도)

제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 1. 지주막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려 내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ 선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층촬영(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「입원」의 정의와 장소)

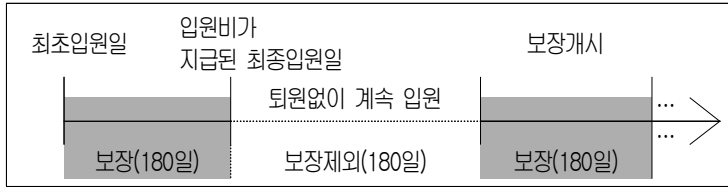
- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 「뇌졸

중」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「뇌졸중의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「뇌졸중」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌졸중」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌졸중」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌졸중입원비(1일-180일) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「뇌졸중」에 대한 입원이라도 뇌졸중입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 다음과 같이 뇌졸중입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌졸중입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 「뇌졸중」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 뇌졸중입원비(1일-180일)는 계속 보장하여 드립니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 뇌졸중 분류표

: 제2장 30. 뇌졸중사망 특별약관 【별표】 참조

37. 두 번째 급성심근경색증진단비 특별약관

37-1. 두 번째 급성심근경색증진단비 특별약관

37-2. 두 번째 급성심근경색증진단비(갱신형_20년) 특별약관

37-1은 비갱신형으로 운영하며,
37-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 두 번째 급성심근경색증진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단 확정)의 「두 번째 급성심근경색증」로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
두 번째 급성심근경색증진단비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

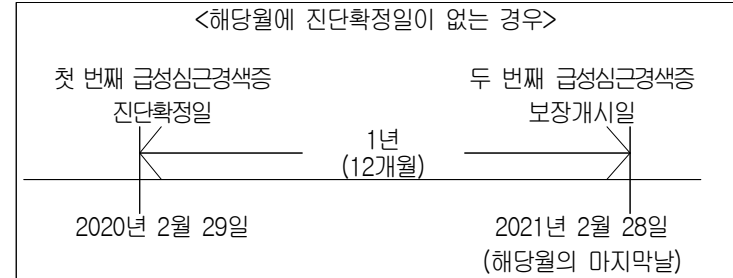
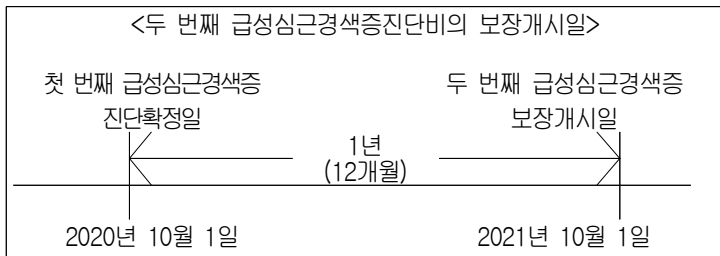
- ① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 『첫 번째 급성심근경색증』이라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 최초로 진단 확정된 『급성심근경색증』을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 『두 번째 급성심근경색증』이라 함은 제2항의 『첫 번째 급성심근경색증』의 진단 확정일로부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이

지난날의 다음날 이후 새롭게 발생한 『급성심근경색증』을 말합니다.

- ④ 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 두 번째 급성심근경색증진단비의 보장개시일은 「첫 번째 급성심근경색증」 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 1년(12개월)이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 해당월의 진단확정일이 없는 경우에는 해당월의 마지막날을 진단확정일로 합니다.



- ② 「첫 번째 급성심근경색증」이 확정된 후 보장개시일 이전에 발생한 급성심근경색증은 보장하지 않습니다. 단, 보장개시일 이후에 새롭게 발생한 급성심근경색증은 「두 번째 급성심근경색증」로 간주하여 보험금을 지급합니다.
- ③ 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.
 1. 이 특별약관이 해지되기 전에 「첫번째 급성심근경색증」으로 진단 확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 보험계약일로

하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

2. 이 특별약관이 해지되기 전에 「첫번째 급성심근경색증」로 진단 확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 「첫번째 급성심근경색증」의 진단확정일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

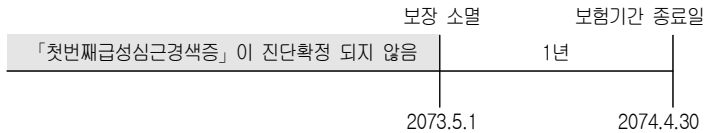
37-2. 두 번째 급성심근경색증진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「재도성 특별약관 제6장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)」에 관한 특별약관을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 「첫 번째 급성심근경색증」이 진단확정 되지 않고, 잔여보험기간(갱신형의 경우 갱신종료나이의 계약해당일까지의 기간)이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산한 책임준비금이 있는 경우 해당 보장의 책임준비금을 지급합니다. 또한 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

【 두 번째 급성심근경색증 진단비 보장소멸 예시 】

「첫 번째 급성심근경색증」이 진단확정 되지 않고, 잔여기간이 1년 이하인 경우



- ② 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 두 번째 급성심근경색증진단비가 지급된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정

하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 급성심근경색증 분류표

: 제2장 26. 급성심근경색증사망 특별약관 【별표】 참조

38. 두 번째 뇌출혈진단비 특별약관

38-1. 두 번째 뇌출혈진단비 특별약관

38-2. 두 번째 뇌출혈진단비(갱신형_20년) 특별약관

38-1은 비갱신형으로 운영하며,

38-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 두 번째 뇌출혈진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「뇌출혈」의 정의 및 진단 확정)의 두 번째 「뇌출혈」로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
두 번째 뇌출혈진단비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「뇌출혈」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌출혈」이라 함은 「뇌출혈 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 지주막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈로 분류되

는 질병을 말합니다.

- ② 이 특별약관에서 「첫 번째 뇌출혈」이라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 최초로 진단 확정된 「뇌출혈」을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「두 번째 뇌출혈」이라 함은 제2항의 『첫번째 뇌출혈』의 진단 확정일로부터 그날을 포함하여 1년(12개월)이 지난날의 다음 날 이후 새롭게 발생한 「뇌출혈」을 말합니다.
- ④ 제1항의 「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 1. 보험기간 중 「뇌출혈」로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 「뇌출혈」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려 내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ 선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층촬영(PET)]

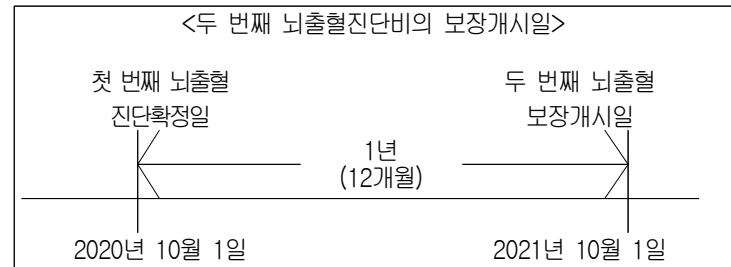
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

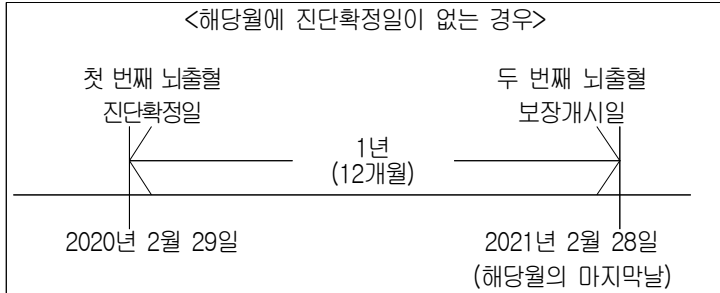
[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 두 번째 뇌출혈진단비의 보장개시일은 「첫 번째 뇌출혈」 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 1년(12개월)이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 해당월의 진단확정일이 없는 경우에는 해당월의 마지막날을 진단확정일로 합니다.





- ② 「첫 번째 뇌출혈」이 확정된 후 보장개시일 이전에 발생한 뇌출혈은 보장하지 않습니다. 단, 보장개시일 이후에 새롭게 발생한 뇌출혈은 「두 번째 뇌출혈」로 간주하여 보험금을 지급합니다.
- ③ 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.
 - 1. 이 특별약관이 해지되기 전에 「첫 번째 뇌출혈」로 진단 확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조

(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

- 2. 이 특별약관이 해지되기 전에 「첫 번째 뇌출혈」로 진단 확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 「첫 번째 뇌출혈」의 진단확정일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

38-2. 두 번째 뇌출혈진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제6장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가 납입)」에 관한 특별약관을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 「첫 번째 뇌출혈」이 진단확정 되지 않고, 잔여보험기간(갱신형의 경우 갱신종료나이의 계약해당일까지의 기간)이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산한 책임준비금이 있는 경우 해당 보장의 책임준비금을 지급합니다. 또한 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

【 두 번째 뇌출혈진단비 보장소멸 예시 】

「첫 번째 뇌출혈」이 진단확정 되지 않고, 잔여기간이 1년 이하인 경우

보장 소멸		보험기간 종료일
「첫 번째 뇌출혈」이 진단확정 되지 않음	1년	
2073.5.1		2074.4.30

- ② 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 두 번째 뇌출혈진단비가 지급된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는

바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 뇌출혈 분류표

: 제2장 29. 뇌출혈진단비 특별약관 【별표】 참조

39. 혈전용해치료비(1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험 수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 혈전용해치료비(1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌경색증(163)」의 정의 및 진단확정)의 「뇌경색증(163)」 또는 제3조(「급성 심근경색증(121)」의 정의 및 진단확정)의 「급성심근경색증(121)」으로 진단확정 되고, 제4조(「혈전용해치료」의 정의)의 「혈전용해치료」를 받은 경우 세부보장별 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
혈전용해치료비 (1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	각 세부보장별 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	각 세부보장별 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
뇌경색증 혈전용해치료비(1회한)
급성심근경색증 혈전용해치료비(1회한)

제2조(「뇌경색증(163)」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌경색증(163)」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 163(뇌경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「뇌경색증(163)」의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과외의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사 결과를 기초로 하여 내려져 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 가. 보험기간 중 「뇌경색증(163)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 나. 부검감정서상 사인이 「뇌경색증(163)」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

【 단일광자방출 전산화단층술(SPECT) 】

Single Photon Emission Computed Tomography. γ 선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

【 양전자 방출 단층술(PET) 】

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

【 뇌척수액 검사 】

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「급성심근경색증(I21)」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「급성심근경색증(I21)」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I21(급성심근경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「급성심근경색증(I21)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「급성심근경색증(I21)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 가. 보험기간 중 「급성심근경색증(I21)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증(I21)」으로 확정되거나 추정되

는 경우

제4조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의사(치과의사 및 한의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자가 피보험자의 「뇌경색증(I63)」 및 「급성심근경색증(I21)」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「뇌혈관」 및 「심혈관」 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 「뇌혈관」 및 「심혈관」 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 혈전용해제 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.
- ③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 각각의 세부보장에 해당 하는 보험금을 지급한 경우에 각각에 대한 회사의 보상책임은 소멸하며,

회사는 소멸되는 부분에 대한 책임준비금을 지급하지 않습니다.

- ② 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 혈전용해치료비(1회한)의 세부보장별 지급사유가 모두 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

40. 영구적장해동반뇌졸중 II 진단비 특별약관

40-1. 영구적장해동반뇌졸중 II 진단비 특별약관

40-2. 영구적장해동반뇌졸중 II 진단비(갱신형_20년) 특별약관

40-1은 비갱신형으로 운영하며,
40-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 영구적장해동반뇌졸중 II 진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「영구적장해동반뇌졸중 II」의 정의 및 진단확정)의 「영구적장해동반뇌졸중 II」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
영구적장해동반 뇌졸중 II 진단비	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「영구적장해동반뇌졸중 II」의 정의 및 진단확정)

- ① 「영구적장해동반뇌졸중 II」이라 함은 한국표준질병사인분류 중 I60(지주막하출혈), I61(뇌내출혈), I62(기타 비외상성 두개내출혈) 및 I63(뇌경색증)(이하 「뇌졸중 II」이라 합니다)에 해당하고 제2항 및 제3항을 모두 만족하는 경우를 말합니다.
- ② 「영구적장해동반뇌졸중 II」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
- ③ 이 진단은 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액 검사(CSF)등의 검사에서 뇌졸중 II의 급성발병을 나타내는 이상 소견을 근거로 하여야 합니다.

또한, 병력-신경학적 검진에서 상기 검사와 일치하는 뇌졸중 II의 임상소견이 발병 당시 새롭게 출현하고 그 결과 영구적 장애가 나타남을 근거로 하여야 합니다. 여기서 “영구적 장애”란 주관적인 자각증상(symptom)이 아니라 신경학적 검사를 기초로 한 객관적인 신경학적 이상소견(sign)으로 나타난 영구적인 장애(「장애분류표」에서 정한 “신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때”의 지급률이 3%이상인 장애상태 [장애분류표 총칙 및 장애분류별 판정기준 13.신경계-정신행동장애 “가. 장애의 분류 1)” 및 “나. 장애의 판정기준 1)신경계 ①, ③”에 따라 판정함])를 말합니다.

그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「영구적장해동반뇌졸중 II」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문

서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

40-2. 영구적장해동반뇌졸중II 진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제6장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 영구적장해동반뇌졸중II 진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

41. 3대질병진단비III 특별약관

41-1. 3대질병진단비III 특별약관

41-2. 3대질병진단비III(갱신형_20년) 특별약관

41-1은 비갱신형으로 운영하며,
41-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 3대질병진단비III : 이 특별약관의 보험기간 중(「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 경우 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단 확정) 제2항 제5호에서 정한 「암보장개시일」 이후)에 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단 확정)의 「3대질병」으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
3대질병 진단비III	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「3대질병」이라 함은 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「뇌졸중II」, 「급성심근경색증」을 말합니다.
- ② 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 정의 및 진단확정
 - 1. 제1항의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 「악성신생물

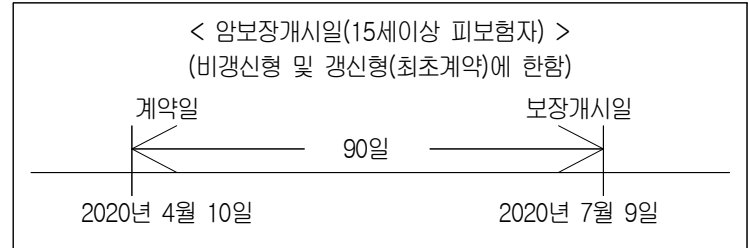
(암) 분류표」(【별표①】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
 다만, 기타피부암(C44), 갑상선암(C73), 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

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

2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 제1호 내지 제3호의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「기타피부암」, 「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 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.
 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
5. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」에 대한 보장개시일(이하 「암보장개시일」이라 합니다)은 피보험자의 나이에 따라 다음을 따릅니다.
 - 가. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
 - (1) 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
 - (2) 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

나. 갱신형(갱신계약)의 경우 : 이 특별약관의 갱신일



③ 「뇌졸중Ⅱ」의 정의 및 진단확정

1. 제1항의 「뇌졸중Ⅱ」라 함은 「뇌졸중Ⅱ 분류표」(【별표②】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 제1호의 「뇌졸중Ⅱ」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「뇌졸중Ⅱ」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 '가'와 '나'의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 가. 보험기간 중 「뇌졸중Ⅱ」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 나. 부검감정서상 사인이 「뇌졸중Ⅱ」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려

내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ 선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

④ 「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정

1. 제1항의 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표3】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 제1호의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소

검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 '가'와 '나'의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 취소)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정) 제2항 제5호에서 정한 「암보장개시일」의 전일 이전에 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험계약일로부터 「암보장개시일」 전일 이전에 「암

(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이 발생하였으나 계약자가 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 「암보장개시일」 전일 이전에 진단 확정된 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 청약일부터 「암보장개시일」 전일 이전에 진단된 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라고 하더라도 「암보장개시일」 이후 5년을 경과하는 동안 그 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 「암보장개시일」부터 5년이 경과한 이후에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제2조(「3대질병」의 정의 및 진단확정) 제2항 제5호에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

41-2. 3대질병진단비III(갱신행_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제6장 1. 갱신행 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 3대질병진단비III 지급 사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는

바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45~C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물(암)	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성신생물(암)	C60~C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물(암)	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	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

1. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표②】 뇌졸중Ⅱ 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중Ⅱ으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 지주막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63

1. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포

함하는 것으로 합니다.

2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표③】 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

1. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

42. 재진단3대질병진단비 특별약관

42-1. 재진단3대질병진단비 특별약관

42-2. 재진단3대질병진단비(갱신형_20년) 특별약관

42-1은 비갱신형으로 운영하며,
42-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 재진단3대질병진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제2항에서 정한 「재진단 3대질병 보장개시일」 이후에 제3조(「재진단 3대질병」의 정의 및 진단 확정)의 「재진단 3대질병」으로 진단이 확정되었을 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	지급금액
재진단3대질병진단비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「첫번째 3대질병」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「첫번째 3대질병」이라 함은 해당 보장개시일 이후에 최초로 진단 확정되는 아래 제2항 내지 제4항에서 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「뇌졸중II」, 「급성심근경색증」을 말합니다.
- ② 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 정의 및 진단확정
 1. 제1항의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
다만, 기타피부암(C44), 갑상선암(C73), 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

[유의사항]

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부어를 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. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 제1호 내지 제3호의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「기타피부암」, 「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 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.
그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
5. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」에 대한 보장개시일(이하 「암보장개시일」이라 합니다)은 다음을 따릅니다.
 - 가. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
 - (1) 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
 - (2) 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 - 나. 갱신형(갱신계약)의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

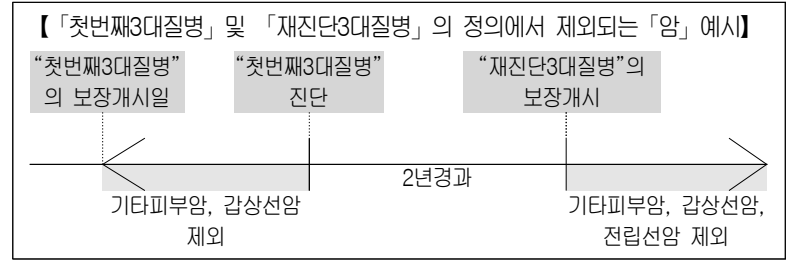
검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 '가'와 '나'의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- 가. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- 나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

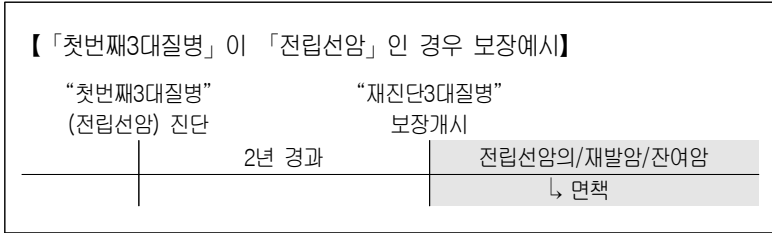
제3조(「재진단 3대질병」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「재진단 3대질병」이라 함은 「첫번째 3대질병」으로 진단 확정되고 「재진단 3대질병 보장개시일」이후에 진단 확정되는 아래 제2항 내지 제4항에서 정한 「암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)」, 「뇌종양」, 「급성심근경색증」을 말합니다.
- ② 「암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)」의 정의 및 진단확정
 1. 제1항의 「암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)」이라 함은 제2조 제2항에서 정의한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」에서 「전립선암 분류표」(【별표4】 참조)에 해당하는 질병을 제외한 암에 해당하면서, 「재진단 3대질병 보장개시일」이후에 다음 각 호의 암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 가. 새로운 원발암
 - 나. 전이암
 - 다. 재발암
 - 라. 잔여암



2. 제1호에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 「암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)」으로 「첫번째 3대질병」으로 진단확정된 「암(기타피부암, 갑상선암 제외)」 또는 「재진단 3대질병」으로 진단확정된 「암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)」을 말합니다.
3. 제1호에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)」을 말합니다.
4. 제1호에서 「재발암」이란 「첫번째 3대질병」으로 진단확정된 「암(기타피부암, 갑상선암 제외)」 또는 「재진단 3대질병」으로 진단확정된 「암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 암세포를 제거한 후 그 「암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)」을 말합니다.
5. 제1호에서 「첫번째 3대질병」 또는 「재진단 3대질병」의 보장개시일 이후 발생한 암진단부위에 암세포가 남아있는 경우를 말합니다.
6. 제3호 내지 제5호의 규정에도 불구하고, 「첫번째 3대질병」이 「전립선암」(C61(전립선의 악성신생물(암)))인 경우 그 「첫번째 3대질병」의 진단확정일로부터 2년 후 「재진단 3대질병」의 보장은 개시

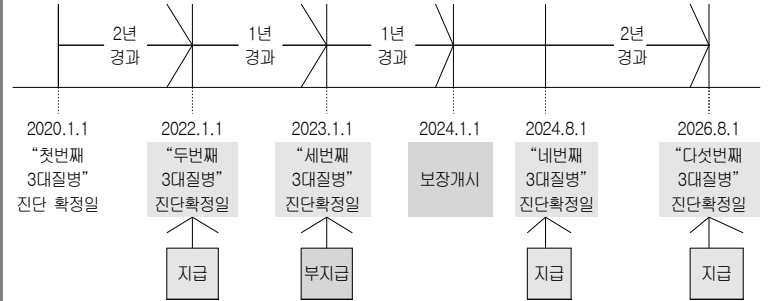
하되, 원발부위가 「전립선암」인 「전립선암」의 「재발암」 및 「전립선암」의 「잔여암」에 대한 “재진단 3대질병 진단비”는 지급하지 않습니다.



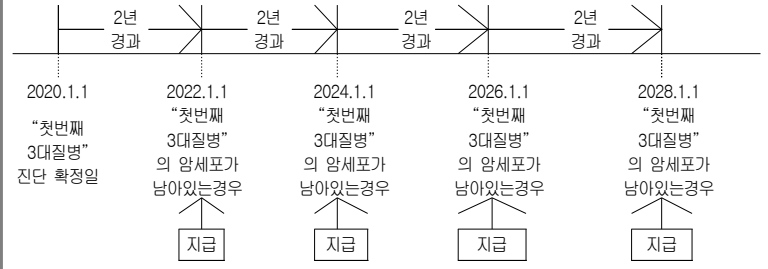
7. 「암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
- 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 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.

【「재진단3대질병」의 보장예시】

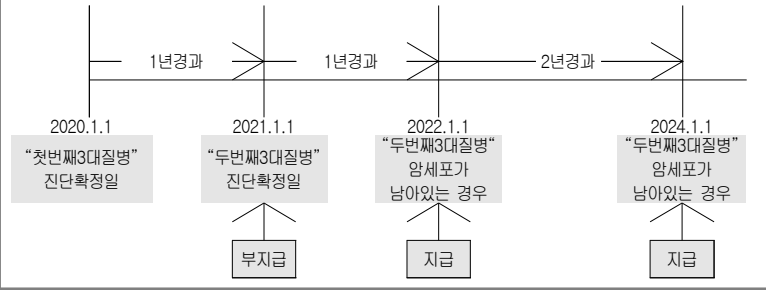
1. 제2항 제1호가 ~ 다 새로운 원발암, 전이암, 재발암
(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



2. 제2항 제1호의 라. 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



3. 제2항 제1호의 라. 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



③ 「뇌졸중 II」의 정의 및 진단확정

1. 제1항의 「뇌졸중 II」이라 함은 「뇌졸중 II 분류표」(【별표②】 참조)에 해당하는 질병에 해당하면서, 「재진단 3대질병 보장개시일」 이후에 다음 각 호의 진단 확정을 받은 경우를 말합니다.
 - 가. 「첫번째 3대질병」 또는 「재진단 3대질병」으로 진단확정된 질병과 다른 질병코드의 「뇌졸중 II」으로 진단 확정을 받은 경우
 - 나. 「첫번째 3대질병」 또는 「재진단 3대질병」으로 진단확정된 질병과 동일한 질병코드의 「뇌졸중 II」으로 진단 확정을 받고, 그 상병의 직접적인 치료를 목적으로한 수술 또는 혈전용해치료를 한 경우. 다만, 이 경우 수술 또는 혈전용해치료를 받은 날을 진단확정일로 합니다.
2. 제1호에서 「뇌졸중 II」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 '가'와 '나'의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- 가. 보험기간 중 뇌졸중 II로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- 나. 부검감정서상 사인이 뇌졸중 II로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려 내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 회계 촬영되는 물질(조영제)을 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층촬영(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

3. 제1호에서 질병코드는 「뇌졸중 II 분류표」(【별표②】 참조)에서 정한

분류번호 중 '3자리 분류번호'를 말합니다.

3자리 분류번호

160, 161, 162, 163의 3자리로 표현된 분류번호를 말하며, 예를 들어 160.1의 3자리 분류번호는 160을 말합니다.

4. 제1호 나.의 「혈전용해치료」는 의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 「뇌졸중II」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다. 「혈전용해제」는 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 혈전용해제 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.
- ④ 「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정
 1. 제1항의 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표③】참조)에 해당하는 질병에 해당하면서, 「재진단 3대질병 보장개시일」이후에 다음 각 호의 진단 확정을 받은 경우를 말합니다.
 - 가. 「첫번째 3대질병」 또는 「재진단 3대질병」으로 진단확정된 질병과 다른 질병코드의 「급성심근경색증」이 발생한 경우
 - 나. 「첫번째 3대질병」 또는 「재진단 3대질병」으로 진단확정된 질병과 동일한 질병코드의 「급성심근경색증」으로 진단 확정을 받고, 그 상병의 직접적인 치료를 목적으로한 수술 또는 혈전용해치료를 한 경우. 다만, 이 경우 수술 또는 혈전용해치료를 받은 날을 진단 확정일로 합니다.
 2. 제1호에서 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 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 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 '가'와 '나'의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- 가. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 나. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우
3. 제1호에서 질병코드는 「급성심근경색증 분류표」(【별표③】참조)에서 정한 분류번호 중 '3자리 분류번호'를 말합니다.

3자리 분류번호

160, 161, 162, 163의 3자리로 표현된 분류번호를 말하며, 예를 들어 160.1의 3자리 분류번호는 160을 말합니다.

4. 제1호 나.의 「혈전용해치료」는 의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다. 「혈전용해제」는 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 혈전용해제 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

제4조(「항암방사선치료」 및 「항암약물치료」의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다.)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 화학요법 또는 면역요

법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다.)을 말합니다.

다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제5조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료 효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
- ③ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引)
 2. 천자(穿刺) 등의 조치
 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
 4. 미용성형 목적 수술
 5. 피임(避妊) 목적 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

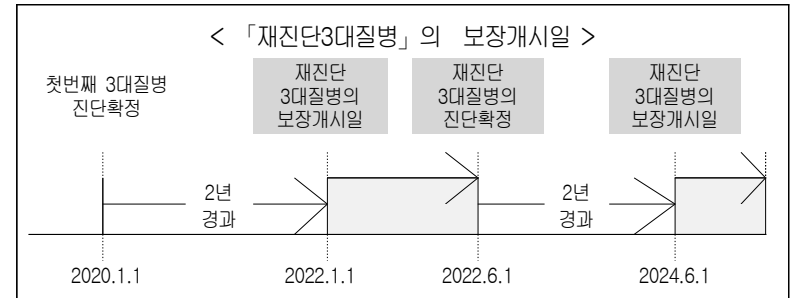
- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것

- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

- ⑤ 제1항의 수술에서 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 포함되지 않습니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 「첫번째 3대질병 보장개시일」은 다음 각 호를 따릅니다.
 1. 뇌졸중II, 급성심근경색증 : 보험계약일
 2. 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) : 암보장개시일
- ② 이 특별약관에서 「재진단 3대질병 보장개시일」은 다음 각 호를 따릅니다.
 1. 첫번째 「재진단 3대질병」 : 「첫번째 3대질병」 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
 2. 두번째 이후 「재진단 3대질병」 : 직전 「재진단 3대질병」 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날



- ③ 제2항의 「첫번째 3대질병」이라 함은 첫 번째 3대질병 보장개시일 이후에 최초로 진단 확정되는 제2조 (「첫번째 3대질병」의 정의 및 진단확

정) 제2항 내지 제4항에서 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「뇌졸중Ⅱ」, 「급성심근경색증」을 말합니다.

- ④ 제2항의 「재진단 3대질병」이라 함은 「첫번째 3대질병」으로 진단확정되고, 재진단 3대질병 보장개시일 이후에 진단 확정되는 제3조 (「재진단 3대질병」의 정의 및 진단확정) 제2항 내지 제4항에서 정한 「암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)」, 「뇌졸중Ⅱ」, 「급성심근경색증」을 말합니다.
- ⑤ 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.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제8조(특별약관의 취소)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(「첫번째 3대질병」의 정의 및 진단확정) 제2항 제5호에서 정한 「암(보장개시일)」의 전일 이전에 제2조(「첫번째 3대질병」의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험계약일로부터 「암(보장개시일)」 전일 이전에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이 발생하였으나 계약자가 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일로부터 「암(보장개시일)」 전일 이전에 진단 확정된 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 청약일로부터 「암

보장개시일」 전일 이전에 진단된 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라고 하더라도 「암(보장개시일)」 이후 5년을 경과하는 동안 그 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 「암(보장개시일)」부터 5년이 경과한 이후에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시일은 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.
 - 1. 이 특별약관이 해지되기 전에 「첫번째 3대질병」으로 진단 확정되지 않은 경우 : 다음 가. 및 나.를 따릅니다.
 - 가. 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보장개시일 : 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 - 나. 뇌졸중Ⅱ 및 급성심근경색증 보장개시일 : 부활(효력회복)일
 - 2. 이 특별약관이 해지되기 전에 「첫번째 3대질병」 또는 「재진단 3대질병」로 진단 확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전 재진단 3대질병의 진단확정일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용

제10조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

- ① 42-2. 재진단3대질병진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제6장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 더 이상 갱신되지 않습니다.
 - 1. [갱신종료나이-2]세까지 「제2장 41-1. 3대질병진단비Ⅲ 특별약관」 또는 「제2장 41-2. 3대질병진단비Ⅲ(갱신형_20년) 특별약관」의 제1

것을 인정합니다.

43. 뇌졸중수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 뇌졸중수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)의 「뇌졸중」으로 진단확정되고 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
뇌졸중수술비	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 1. 지주막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출

전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 회계 촬영되는 물질(조영제)을 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ 선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층촬영(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료 효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引)
 2. 천자(穿刺) 등의 조치
 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
 4. 미용성형 목적 수술
 5. 피임(避妊) 목적 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 뇌졸중 분류표

: 제2장 30. 뇌졸중사망 특별약관 【별표】 참조

44. 뇌졸중 및 급성심근경색증수술비 II 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 뇌졸중 및 급성심근경색증수술비II : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌졸중 및 급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)의 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」으로 진단확정되고 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
뇌졸중 및 급성심근경색증수술비II	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「뇌졸중 및 급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 【별표①】 「뇌졸중 분류표」에 해당하는 1. 지주막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 뇌외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
- ③ 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 【별표②】 「급성심근경색증 분류표」에 해당하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 제3항의 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서

규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료 효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引)
 2. 천자(穿刺) 등의 조치
 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
 4. 미용성형 목적 수술
 5. 피임(避妊) 목적 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경 성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 뇌졸중 분류표

: 제2장 30. 뇌졸중사망 특별약관 【별표】 참조

【별표②】 급성심근경색증 분류표

: 제2장 26. 급성심근경색증사망 특별약관 【별표】 참조

45. 허혈성심질환수술비 특별약관

45-1. 허혈성심질환수술비 특별약관

45-2. 허혈성심질환수술비(갱신형_20년) 특별약관

45-1은 비갱신형으로 운영하며,
45-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 허혈성심질환수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)의 「허혈성심질환」으로 진단확정되고 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
허혈성심질환 수술비	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표】참조)에 해당하는 1. 협심증, 2. 급성심근경색증, 3. 후속심근경색증, 4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 5. 기타 급성 허혈성장질환, 6. 만성 허혈성장병으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 허혈성심질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사

(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引)
 2. 천자(穿刺) 등의 조치
 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
 4. 미용성형 목적 수술
 5. 피임(避妊) 목적 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

45-2. 허혈성심질환수술비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제6장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가 납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따

라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 허혈성심질환 분류표

: 제2장 28. 허혈성심질환진단비 특별약관 【별표】 참조

46. 뇌혈관질환수술비 특별약관

46-1. 뇌혈관질환수술비 특별약관

46-2. 뇌혈관질환수술비(갱신형_20년) 특별약관

46-1은 비갱신형으로 운영하며,
46-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 뇌혈관질환수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌혈관질환」의 정의 및 진단확정)의 「뇌혈관질환」으로 진단확정되고 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
뇌혈관질환 수술비	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액

	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액
--	---------------	--------	------------------------

제2조(「뇌혈관질환」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표】참조)에 해당하는 1. 지주막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려 내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나

조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ 선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료 효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
 2. 천자(穿刺) 등의 조치
 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
 4. 미용성형 목적 수술
 5. 피임(避妊) 목적 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경 성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지

급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

46-2. 뇌혈관질환수술비(갱신행_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제6장 1. 갱신행 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 뇌혈관질환 분류표

: 제2장 32. 뇌혈관질환진단비 특별약관 【별표】 참조

47. 뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비 특별약관

47-1. 뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비 특별약관

47-2. 뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비(갱신행_20년) 특별약관

47-1은 비갱신행으로 운영하며,
47-2는 갱신행으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수

익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌혈관질환 및 허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)의 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」으로 진단확정되고 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
뇌혈관질환 및 허혈성심질환 수술비	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「뇌혈관질환 및 허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)

- ① 「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표①】 참조)에 해당하는 1. 지주막하 출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 8. 기타 뇌혈관 질환, 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애, 10. 뇌혈관 질환의 후유증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있

었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

- ③ 이 특별약관에서 「허혈성심질환」이라 함은 「허혈성심질환 분류표」(【별표②】 참조)에 해당하는 허혈성심질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 제3항의 「허혈성심질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「허혈성심질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

[양전자 방출 단층촬영(PET)]

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제3조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료 효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引)
 2. 천자(穿刺) 등의 조치
 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
 4. 미용성형 목적 수술
 5. 피임(避妊) 목적 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것

- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

47-2. 뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제6장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 뇌혈관질환 분류표

: 제2장 46. 뇌혈관질환수술비 특별약관 【별표】 참조

【별표②】 허혈성심질환 분류표

: 제2장 45. 허혈성심질환수술비 특별약관 【별표】 참조

48. 질병1~5종수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병1~5종수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「1~5종수술 분류표」(【별표】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우 수술1회당 아래의 금액을 지급

수술종류	지급금액	예시 (보험가입금액 10만원 기준)
1종	보험가입금액	10만원
2종	보험가입금액의 3배 지급	30만원
3종	보험가입금액의 10배 지급	100만원
4종	보험가입금액의 20배 지급	200만원
5종	보험가입금액의 50배 지급	500만원

제2조(「수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인

정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법
2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술.
다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다.
- ③ 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 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 보험금을 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 제7차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병1~5종수술비에 대해서는 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)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병1~5종수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산.
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입 나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 걸음반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 1~5종 수술분류표

: 제1장 17. 상해1~5종수술비 특별약관 【별표】 참조

49. 5대기관질병수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험 수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 5대기관질병수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌질환, 심장질환, 간질환, 폐질환 또는 신장질환으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 각각의 질병에 대하여 관혈수술 및 비관혈수술을 각각 최초1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경과기간	지급금액
5대기관 질병수술비	관혈수술 (세부보장별 최초1회)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액
	비관혈수술 (세부보장별 최초1회)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

관혈수술 보장	비관혈수술 보장
뇌질환 관혈수술비 보장	뇌질환 비관혈수술비 보장
심장질환 관혈수술비 보장	심장질환 비관혈수술비 보장
간질환 관혈수술비 보장	간질환 비관혈수술비 보장
폐질환 관혈수술비 보장	폐질환 비관혈수술비 보장
신장질환 관혈수술비 보장	신장질환 비관혈수술비 보장

제2조(「5대기관질병」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「5대기관질병」이라 함은 「5대기관질병 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 뇌질환, 심장질환, 간질환, 폐질환 및 신장질환으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 뇌질환, 심장질환, 간질환, 폐질환 및 신장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 뇌질환의 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 하며, 심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「5대기관질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「관혈수술」이라 함은 병변부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술을 하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「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 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.
2. 「카테터수술」인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.
3. 「신의료수술」함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 5대 기관별 특정 질환의 직접치료를 목적으로 하는 '치료적 방사선 조사'를 포함합니다. 다만, 수술에 해당하지 않는 '도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입'과 '중심정맥관 삽입술'은 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑥ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引)
 2. 천자(穿刺) 등의 조치
 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
 4. 미용성형 목적 수술
 5. 피임(避妊) 목적 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 제1항 내지 제5항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것

- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 피보험자가 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술비만 지급합니다. 단, 관혈수술비가 이미 지급되어 1회한도를 초과하는 경우에는 비관혈수술비를 지급하며, 비관혈수술비도 이미 지급되어 1회한도를 초과하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 5대기관질병수술비 지급사유가 발생한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 세부보장은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 세부보장의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항에 따라 5대기관질병수술비의 세부보장별로 각 1회씩 모두 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 최종 손해보장의 원인이 생긴 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지

급하지 않습니다.

- ③ 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적정한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 5대기관질병 분류표

약관에 규정하는 5대기관질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국 표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
뇌질환	뇌혈관 질환	I60~I69
	[고혈압성 뇌병증(I67.4) 제외]	(I67.4 제외)
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈성 심장질환	I20~I25
	폐성심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타형태의 심장병	I30~I52
	수막구균성 심장질환	A39.5
간질환	칸디다심내막염	B37.6
	바이러스간염	B15~B19
	간의질환	K70~K77
	거대세포바이러스성간염	B25.1

대상이 되는 질병		분류번호
	특소포자충간염	B58.1
폐질환	폐기종	J43
	기타만성폐색성폐질환	J44
	천식	J45
	천식지속상태	J46
	기관지확장증	J47
	하기도의화농성및괴사성병태	J85~J86
	흉막의기타질환	J90~J94
신장질환	신부전	N17~N19

1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

50. 30대특정질병수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 30대특정질병수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「30대특정질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「30대특정질병」으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술1회당

아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액	
	계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이후
A 당뇨병질환, 심장질환, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 간질환, 위십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 폐렴, 녹내장, 황반변성, 결핵, 신부전	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액
B 관절염, 백내장, 생식기질환, 급성상기도감염, 당뇨병도질환, 중이의 진주종, 귀경화증, 소화기계통의 양성신생물, 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추 신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 유방의 양성신생물, 골다공증	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 5%	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 10%

제2조(「30대특정질병」의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 「30대특정질병」이라 함은 「30대특정질병 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 1. 당뇨병질환, 2. 심장질환, 3. 고혈압질환, 4. 뇌혈관질환, 5. 간질환, 6. 위십이지장궤양, 7. 갑상선질환, 8. 동맥경화증, 9. 만성하부호흡기질환, 10. 폐렴, 11. 녹내장, 12. 황반변성, 13. 결핵, 14. 신부전, 15. 관절염, 16. 백내장, 17. 생식기질환, 18. 급성상기도감염, 19. 당뇨병도질환, 20. 중이의 진주종, 21. 귀경화증, 22. 소화기계통의 양성신생물, 23. 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 24. 골 및 관절연골의 양성신생물, 25. 조직의 양성신생물, 26. 수막의 양성신생물, 27. 뇌 및 중추 신경계통의 양성신생물, 28. 갑상선 및 내분비선의 양성신생물

- 물, 29. 유방의 양성신생물, 30. 골다공증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 「전립선의 결핵(A18.13)」 또는 「기타 남성 생식기관의 결핵(A18.14)」과 「생식기질환」에 해당하는 질병코드를 동시 진단받은 경우에는 「결핵」으로 간주하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 제1항의 「30대특정질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.
1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법
 2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술.
다만, 이 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.
- ③ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지

급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 30대특정질병 분류표

약관에 규정하는 30대특정질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국 표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병		분류번호	
A	1. 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		
2. 심장질환	급성 류마티스열	100~102	

	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타형태의 심장병	I30~I52
	- 수막구균성 심장막염(I32.0*) - 수막구균성 심내막염(I39.8*) - 수막구균성 심근염(I41.0*) - 수막구균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5+
	칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6+
3. 고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
4. 뇌혈관질환	고혈압성 망막병증	H35.02
	뇌혈관 질환	I60~I69
5. 간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스 간염(K77.0*) - 톡소포자충간염(K77.0*)	B25.1+ B58.1+
6. 위·십이지장 궤양	위궤양	K25~K27
	십이지장궤양 상세불명부위의 소화성궤양	
7. 갑상선질환	갑상선의 장애	E00~E07
	- 갑상선이상성 안구돌출(E05.0+) 처치후 갑상선기능저하증	H06.2* E89.0
8. 동맥경화증	죽상경화증	I70
9. 만성하부	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40

호흡기질환	단순성 및 점액화농성 만성기관지염	J41
	상세불명의 만성기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
10. 폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병 원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0+
	- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2+
	- 수두 폐렴(J17.1*)	B01.2+
	- 폐 특소포자충증(J17.3*)	B58.3+
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
11. 녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
12. 황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3
13. 결핵	결핵	A15~A19
	- 결핵 관절염(A18.0+)	M01.1*
	- 척추의 결핵(A18.0+)	M49.0*
	- 뼈의 결핵(A18.0+)	M90.0*
	- 결핵성 방광염(A18.1+)	N33.0*
	- 자궁경부의 결핵감염(A18.1+)	N74.0*
	- 여성 결핵성 골반 염증질환	N74.1*

B		(A18.1+) - 결핵성 복막염(A18.3+)	K67.3*
		- 장, 복막 및 장간막림프절의 결 핵성 장애(A18.3+)	K93.0*
		결핵의 후유증	B90
14. 신부전	신부전		N17~N19
15. 관절염	감염성 관절병증 (결핵 관절염(A18.0+) 제외)		M00~M03 (M01.1 제외)
	염증성 다발 관절병증 (당뇨병성 관절병증 제외)		M05~M14 (M14.2 제외)
	- 류마티스 폐질환(M05.1+)		J99.0*
	관절증		M15~M19
	기타 관절장애		M20~M25
16. 백내장	노년성 백내장		H25
	기타 백내장		H26
	수정체의 기타장애		H27
17. 생식기 질환	남성생식기관의 질환		N40~N45, N47~N51
	- 편모충성 전립선염(N51.0*)		A59.01+
	- 볼거리고환염(N51.1*)		B26.0+
	여성골반내 기관의 염증성 질환 (자궁경부의 결핵(A18.15+) 제외)		N70~N77 (N74.0 제외)
	(결핵성 여성 골반 염증 질환, 결핵 성 자궁내막염, 결핵성 난소염 및 난 관염(A18.16+) 제외)		(N74.1 제외)
여성 생식기관의 비염증성 장애 (습관적유산자(N96) 제외) (여성 불임(N97) 제외) (인공 수정과 관련된 합병증(N98)			N80~N95

	제외) 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99
18. 급성 상기도 감염	급성상기도감염	J00-J06
19. 담낭담도 질환	담낭염	K81
	담낭의 기타질환	K82
	담도의 기타질환	K83
20. 중이의 진주종	중이의 진주종	H71
21. 귀경화증	귀경화증	H80
22. 소화기계 통의 양성 신생물	기타 및 부위불명 소화기계통의 양 성 신생물	D13
23. 중이·호흡 계통 및 흉곽의 양성 신생물	중이 및 호흡계통의 양성 신생물	D14
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 양성 신생물	D15
24. 골 및 관절연골 의 양성 신생물	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
25. 조직의 양성 신생물	중피조직의 양성 신생물	D19
	후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물	D20
	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성	D21

	신생물	
26. 수막의 양성 신생물	수막의 양성 신생물	D32
27. 뇌 및 중 추 신경계 통의 양성 신생물	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
28. 갑상선 및 내분비선 의 양성신 생물	갑상선의 양성 신생물	D34
	기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35
29. 유방의 양성 신생물	유방의 양성 신생물	D24
30. 골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82*
	골연속성의 장애	M84

1. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병·사인분류」를 참고)
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

51. 71대특정질병수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험 수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 71대특정질병수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「71대특정질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「71대특정질병」으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
20대 특정 질병수술비	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액
22대 특정 질병수술비	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액
23대 특정 질병수술비	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액
6대 특정 질병수술비	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액

② 회사는 제1항에 대하여 아래 각각의 세부보장으로 운영합니다.

구 분	세 부 보 장
1	20대 특정 질병수술비
2	22대 특정 질병수술비
3	23대 특정 질병수술비
4	6대 특정 질병수술비

제2조(「71대특정질병」의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 「71대특정질병」이라 함은 「20대특정질병」, 「22대특정질병」, 「23대특정질병」, 「6대특정질병」 전부를 말합니다.
- 제1항의 「20대특정질병」이라 함은 「20대특정질병 분류표」(【별표①】참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	관절염	2	백내장
3	생식기질환	4	급성상기도 감염
5	담낭담도질환	6	중이의 진주종
7	귀경화증	8	소화기계통의 양성신생물
9	중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물	10	골 및 관절 연골의 양성신생물
11	조직의 양성신생물	12	수막의 양성신생물
13	뇌 및 중추 신경계통의 양성신생물	14	갑상선 및 내분비선의 양성신생물
15	유방의 양성신생물	16	골다공증
17	담석증	18	사타구니탈장
19	편도염	20	축농증

- 제1항의 「22대특정질병」이라 함은 「22대특정질병 분류표」(【별표②】참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	복막의 질환	2	식도질환
3	위,십이지장질환	4	유방의 장애
5	내이의 질환	6	단일신경병증
7	방광의 결석	8	비감염성장염 및 결장염
9	중이 및 유도의 질환	10	척추변형
11	척추병증	12	추간판장애(디스크질환)
13	후각특정질환	14	비뇨계통의 기타질환
15	신장 및 요관의 기타장애	16	안면신경장애
17	인후부위의 특정질환	18	비뇨기관의 양성신생물
19	사구체질환	20	신세뇨관-간질질환
21	특정부위의 탈장	22	특정장질환

④ 제1항의 「23대특정질병」이라 함은 「23대특정질병 분류표」(【별표③】참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	당뇨병질환	2	심장질환
3	고혈압질환	4	뇌혈관질환
5	간질환	6	위·십이지장궤양
7	갑상선질환	8	동맥경화증
9	만성하부호흡기질환	10	폐렴
11	녹내장	12	황반변성
13	결핵	14	신부전
15	급성췌장염	16	다발경화증
17	대동맥류	18	자율신경계통의 장애
19	중추신경계통의 염증성질환	20	췌장질환

21	파킨슨병	22	패혈증
23	폐질환	-	-

⑤ 제1항의 「6대특정질병」이라 함은 「6대특정질병 분류표」(【별표④】참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	생식기의 양성종양	2	특정누적외상성질환
3	근육장애	4	어깨병변
5	윤활막 및 힘줄장애	6	눈 및 눈부속기관의 특정질환

⑥ 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 수술1회당 질병코드가 두 가지 이상인 경우에는 그 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술보험금만 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다.

예시 : 세부보장별 가입금액

특정 질병수술비			
20대	22대	23대	6대
10만원	20만원	100만원	5만원

(사례1)

○ A18.13+(전립선의 결핵)과 N51.1*(달리 분류된 질환에서의 전립선장애)를 동시에 진단받고 수술한 경우

진단코드	세부담보별 보상분류	가입금액
A18.13+	23대특정질병수술비의 "13.결핵"	100만원
	20대특정질병수술비의 "3.생식기질환"	10만원
N51.0*	20대특정질병수술비의 "3.생식기질환"	10만원

⇒ 높은 보험가입금액에 해당하는 100만원 지급

(사례2)

○ K23.0*(결핵성 식도염)과 A18.82+(달리 분류되지 않은 소화기관의 결핵)을 동시에 진단받고 수술한 경우

진단코드	세부담보별 보상분류	가입금액
K23.0*	22대특정질병수술비의 "2.식도질환"	20만원
A18.82+	23대특정질병수술비의 "13.결핵"	100만원
	22대특정질병수술비의 "2.식도질환"	20만원

· K23.0*(결핵성 식도염)에 해당하는 20만원을 먼저 지급했다면,
 ⇒ A18.82+(달리 분류되지 않은 소화기관의 결핵)에 해당하는 보험금
 에서 차액 지급
 (100만원 - 20만원 = 80만원)

⑦ 제1항의 「71대특정질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우도 수술로 간주합니다.
1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은

최신 수술기법

2. 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 행한 레이저(Laser)수술.
 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질환으로 인한 수술인 경우는 제외합니다.
- ③ 제2항 제2호의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급합니다.
- ④ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引)
 2. 천자(穿刺) 등의 조치
 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
 4. 미용성형 목적 수술
 5. 피임(避妊) 목적 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 제1항 내지 제2항 및 제4항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표①】 20대특정질병 분류표

약관에 규정하는 20대특정질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국 표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
가1	1.관절염	감염성 관절병증
		(결핵 관절염(A18.0+) 제외)
		M00~M03
		(M01.1*제외)

대 상 이 되 는 질 병		분류번호	
		염증성 다발 관절병증	M05~M14
		(당뇨병성 관절병증 제외)	(M14.2 제외)
		- 류마티스 폐질환(M05.1+)	J99.0*
		관절증	M15~M19
2.백내장		기타 관절장애	M20~M25
		노년성 백내장	H25
		기타 백내장	H26
3.생식기질환		수정체의 기타장애	H27
		남성생식기관의 질환	N40~N45, N47~N51
		- 편모충성 전립선염(N51.0*)	A59.01+
		- 전립선의 결핵	A18.13+
		- 기타 남성 생식기관의 결핵	A18.14+
		- 불거리고환염(N51.1*)	B26.0+
		여성골반내 기관의 염증성 질환	N70~N77
		(자궁경부의 결핵(A18.15+) 제외)	(N74.0 제외)
		(결핵성 여성 골반 염증 질환, 결핵성 자궁내막염, 결핵성 난소염 및 난관염 (A18.16+) 제외)	(N74.1 제외)
		여성 생식기관의 비염증성 장애 (습관적유산자(N96) 제외) (여성 불임(N97) 제외) (인공 수정과 관련된 합병증(N98) 제외)	N80~N95
달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의	N99		

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
4. 급성상기도 감염	처치후 장애	J00-J06
	급성상기도감염	
5. 담낭담도질환	담낭염	K81
	담낭의 기타질환	K82
	담도의 기타질환	K83
6. 종이의진주종	종이의 진주종	H71
7. 귀경화증	귀경화증	H80
8. 소화기계통의 양성신생물	기타 및 부위불명 소화기계통의 양성 신생물	D13
9. 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물	중이 및 호흡계통의 양성 신생물	D14
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 양성 신생물	D15
10. 골 및 관절 연골의 양성신생물	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
11. 조직의 양성신생물	종피조직의 양성 신생물	D19
	후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물	D20
	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D21
12. 수막의 양성신생물	수막의 양성 신생물	D32
13. 뇌 및 중추 신경계통의 양성신생물	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
14. 갑상선 및	갑상선의 양성 신생물	D34

대 상 이 되 는 질 병		분류번호	
가2	내분비선의 양성신생물 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35	
	15. 유방의 양성신생물	유방의 양성 신생물 D24	
	16. 골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
		병적 골절이 없는 골다공증	M81
달리 분류된 질환에서의 골다공증		M82*	
골연속성의 장애		M84	
17. 담석증	담석증	K80	
18. 사타구니탈장	사타구니탈장	K40	
19. 편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35	
20. 축농증	만성 부비동염	J32	

1. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표②】 22대특정질병 분류표

약관에 규정하는 22대특정질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음

에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호	
나1	1.복막의 질환	복막의 질환	K65~K67
		(결핵성 복막염 제외)	(K67.3 제외)
		- 기타 클라미디아질환(K67.0*)	A74.8+
	2.식도질환	식도염	K20
		위-식도역류병	K21
		식도의 기타질환	K22
		달리 분류된 질환에서의 식도의 장애	K23
		- 달리 분류되지 않은 소화기관의 결핵(K23.0*)	A18.82+
	3.위·십이지장 질환	위염 및 십이지장염	K29
		기능성 소화불량	K30
	4.유방의 장애	양성 유방형성이상	N60
		유방의 염증성 장애	N61
		유방의 비대	N62
		유방의 상세불명의 덩이	N63
	유방의 기타 장애	N64	
나2	5.내이의 질환	내이의 질환	H81~H83
	6.단일신경병증	팔의 단일신경병증	G56
		다리의 단일신경병증	G57
		기타 단일신경병증	G58
		달리 분류된 질환에서의 단일신경병증 (당뇨병성단일신경병증)	G59 (G59.0제외)
	7.방광의 결석	방광의 결석	N21.0

대 상 이 되 는 질 병		분류번호	
8.비감염성장염 및 결장염	크론병[국소성 장염]	K50	
	궤양성 대장염	K51	
	기타 비감염성 위장염 및 결장염	K52	
9.중이 및 유도의 질환	중이 및 유도의 질환	H65~H70	
		H72~H75	
		- 결핵성 중이염(H67.0*)	A18.6+
		- 중이염이 합병된 홍역(H67.1*)	B05.3+
	- 홍역후 중이염(H67.1*)	B05.3+	
10.척추변형	척추후만증 및 척추전만증	M40	
	척추측만증	M41	
	척추골연골증	M42	
	기타 변형성 등병증	M43	
11.척추병증	강직척추염	M45	
	기타 염증성 척추병증	M46	
	척추증	M47	
	기타 척추병증	M48	
12.추간판장애 (디스크질환)	경추간판장애	M50	
	기타 추간판장애	M51	
	- 추간판 장애에서의 신경근 및 신경총 압박(M50-M51+)	G55.1*	
13.후각특정질환	혈관운동성 및 알러지성 비염	J30	
	만성비염 비인두염 및 인두염	J31	
	코폴립	J33	
	코 및 비동의 기타장애	J34	

대 상 이 되 는 질 병		분류번호	
나3	14.비뇨계통의 기타질환	방광염	N30
		달리 분류되지 않은 방광의 신경근육 기능장애	N31
		방광의 기타 장애	N32
		달리 분류된 질환에서의 방광장애	N33
		(결핵성 방광염(A18.11†) 제외)	(N33.0 제외)
		비뇨계통의 기타 장애	N37
		달리 분류된 질환에서의 요도장애	N39
		(스트레스요실금 제외)	(N39.3 제외)
		(N39.4 제외)	
	15.신장 및 요관의 기타장애	세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
		상세불명의 신장위축	N26
		원인불명의 작은 신장	N27
		달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
		달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관 의 기타 장애	N29
- 신장의 결핵(N29.1*)		A18.10+	
- 요관의 결핵(N29.1*)		A18.18+	
16.안면신경장애	삼차신경의 장애	G50	
	안면신경장애	G51	
	기타 뇌신경의 장애	G52	
17.인후부위의 특정질환	편도주위 농양	J36	
	만성 후두염 및 후두기관염	J37	

대 상 이 되 는 질 병		분류번호		
나4		달리 분류되지 않은 성대및 후두의 질 환	J38	
		상기도의 기타 질환	J39	
	18.비뇨기관의 양성신 생물	비뇨기관의 양성신 생물	급성 신염증후군	N00
			급속 진행성 신염증후군	N01
			재발성 및 지속성 혈뇨	N02
			만성 신염증후군	N03
			신증후군	N04
			상세불명의 신염증후군	N05
			명시된 형태학적 병변을동반한 고립된 단백뇨	N06
			달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
			달리 분류된 질환에서의사구체장애	N08
			(당뇨병에서의 사구체장애 제외)	(N08.3 제외)
			- 사구체질환 동반 전신홍반루푸스 (N08.5*)	M32.13+
			20.신세뇨관 -간질질환	급성 세뇨관-간질신장염 만성 세뇨관-간질신장염 급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세 뇨관-간질신장염 폐색성 및 역류성 요로병증 약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태
	만성 세뇨관-간질신장염	N11		
	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세 뇨관-간질신장염	N12		
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13		
	약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14		

대 상 이 되 는 질 병		분류번호	
	기타 신세뇨관-간질질환	N15	
	달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애	N16	
	- 세뇨관-간질신장병증 동반 전신홍반루푸스(N16.4*)	M32.13+	
나5	21. 특정부위의 탈장	대퇴탈장	K41
		배꼽탈장	K42
		복벽탈장	K43
		횡격막탈장	K44
		기타 복벽탈장	K45
		상세불명의 복벽탈장	K46
22. 특정장질환	장의 혈관장애	K55	
	탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K56	
	장의 게실병	K57	

- 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표③】 23대특정질병 분류표

약관에 규정하는 23대특정질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국

표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호	
나1	1. 당뇨병 질환	1형 당뇨병	E10
		2형 당뇨병	E11
		영양실조 관련 당뇨병	E12
		기타명시된 당뇨병	E13
		상세불명의 당뇨병	E14
	당뇨병성 합병증	당뇨병성단일신경병증	G59.0
		당뇨병성 다발신경병증	G63.2
		당뇨병성 백내장	H28.0
		당뇨병성 망막병증	H36.0
		당뇨병성 관절병증	M14.2
		당뇨병에서의사구체장애	N08.3
	2. 심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
		만성 류마티스 심장질환	I05~I09
		허혈심장질환	I20~I25
폐성심장병 및 폐순환의 질환		I26~I28	
기타형태의 심장병		I30~I52	
- 수막구균성 심장막염(I32.0*)		A39.5+	
- 수막구균성 심내막염(I39.8*)			
- 수막구균성 심근염(I41.0*)			
- 수막구균성 심장염 NOS(I52.0*)			
칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6+		
3. 고혈압성	본태성(원발성) 고혈압	I10	

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
고혈압 질 환	질 환	고혈압성 심장병	I11
		고혈압성 신장병	I12
		고혈압성 심장 및 신장병	I13
		이차성 고혈압	I15
	고혈압성 합병증	고혈압성 뇌병증	I67.4
		고혈압성 망막병증	H35.02
4.노혈관질환	노혈관 질환	I60~I69	
5.간질환	바이러스 간염	B15~B19	
	간의 질환	K70~K77	
	- 거대세포바이러스 간염(K77.0*)	B25.1+	
	- 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1+	
6.위십이지장 궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명부위의 소화성궤양	K25~K27	
7.갑상선질환	갑상선의 장애	E00~E07	
	- 갑상선이상성 안구돌출(E05.0+)	H06.2*	
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0	
8.동맥경화증	죽상경화증	I70	
9.만성하부 호흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관 지염	J40	
	단순성 및 점액화농성 만성기관지염	J41	
	상세불명의 만성기관지염	J42	
	천식	J45	
	천식지속상태	J46	

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
10.폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12	
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13	
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14	
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15	
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체 에 의한 폐렴	J16	
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17	
	- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0+	
	- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2+	
	- 수두 폐렴(J17.1*)	B01.2+	
	- 폐 톡소포자충증(J17.3*)	B58.3+	
상세불명 병원체의 폐렴	J18		
재향군인병	A48.1		
폐렴이 합병된 홍역	B05.2		
11.녹내장	녹내장	H40	
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42	
12.황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3	
13.결핵	결핵	A15~A19	
	- 결핵 관절염(A18.0+)	M01.1*	
	- 척추의 결핵(A18.0+)	M49.0*	
	- 뼈의 결핵(A18.0+)	M90.0*	
	- 결핵성 방광염(A18.1+)	N33.0*	
	- 자궁경부의 결핵감염(A18.1+)	N74.0*	
	- 여성 결핵성 골반 염증질환(A18.1+)	N74.1*	

대 상 이 되 는 질 병		분류번호	
다2	- 결핵성 복막염(A18.3+) - 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3+) 결핵의 후유증	K67.3*	
		K93.0*	
		B90	
	14.신부전	신부전	N17~N19
	15.급성췌장염	급성 췌장염	K85
	16.다발경화증	다발경화증	G35
	17.대동맥류	대동맥동맥류 및 박리	I71
	18.자율신경 계통의 장애	자율신경계통의 장애	G90
	19.중추신경 계통의 염증성질환	달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
		달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
- 리스테리아수막염(G01*)		A32.1+	
- 수막구균수막염(G01*)		A39.0+	
- 결핵성 수막염(G01*)		A17.0+	
달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염		G02	
- 아데노바이러스수막염(G02.0*)		A87.1+	
- 엔테로바이러스수막염(G02.0*)		A87.0+	
- 헤르페스바이러스수막염(G02.0*)		B00.3+	
- 수막염이 합병된 홍역(G02.0*)		B05.1+	
- 볼거리수막염(G02.0*)	B26.1+		
- 풍진수막염(G02.0*)	B06.0+		

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
	- 수두수막염(G02.0*)	B01.0+
	- 대상포진수막염(G02.0*)	B02.1+
	- 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
	- 결핵성 수막뇌염(G05.0*)	A17.81+
	- 리스테리아수막뇌염(G05.0*)	A32.1+
	- 아데노바이러스뇌염(G05.1*)	A85.1+
	- 엔테로바이러스뇌염(G05.1*)	A85.0+
	- 헤르페스바이러스뇌염(G05.1*)	B00.4+
	- 뇌염이 합병된 홍역(G05.1*)	B05.0+
	- 볼거리뇌염(G05.1*)	B26.2+
	- 풍진 뇌염 및 풍진 수막뇌염 (G05.1*)	B06.0+
	- 수두뇌염(G05.1*)	B01.1+
	- 대상포진뇌염(G05.1*)	B02.0+
	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
	달리 분류된 질환에서의 두 개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07
	- 아메바성 뇌농양(G07*)	A06.6+
- 수막결핵종(G07*)	A17.1+	

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
	- 뇌 및 척수의 결핵증(G07*)	A17.80+
	- 기타 신경계통의 결핵(G07*)	A17.88+
	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
	중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
20.체장질환	체장의 기타 질환	K86
	달리 분류된 질환에서의 담낭 담도 및 체장의 장애	K87
	- 거대세포바이러스체장염(K87.1*)	B25.2+
	- 볼거리체장염(K87.1*)	B26.3+
21.파킨슨병	파킨슨병	G20
	이차성 파킨슨증	G21
22.패혈증	연쇄구균패혈증	A40
	기타 패혈증	A41
23.폐질환	폐기종	J43
	기타 만성 폐색성 폐질환	J44
	기관지확장증	J47
	하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
	흉막의 기타 질환	J90~J94

1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

3. 당뇨병질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병·사인분류」를 참고)

4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【별표④】 6대특정질병 분류표

약관에 규정하는 6대특정질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호	
라1	1.생식기의 양성종양	자궁의 평활근종	D25
		자궁의 기타 양성 신생물	D26
		난소의 양성 신생물	D27
		기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
		남성생식기관의 양성 신생물	D29
	2.특정 누적외상성 질환	결합조직의 기타 전신침범	M35
		- 달리 분류된 기타 질환에서의 각막염 및 각막결막염(M35.0+)	H19.3*
		경추상완증후군	M53.1
		기타 연조직장애	M70~M79 (M74,M75, M78 제외)
		근염	M60
라2	3.근육장애	근육의 석회화 및 골화	M61
		근육의 기타 장애	M62
		달리 분류된 질환에서의 근육장애	M63

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
4.어깨병변	어깨병변	M75
	5.윤활막 및 힘줄장애	윤활막염 및 힘줄윤활막염 M65 윤활막 및 힘줄의 자연파열 M66 윤활막 및 힘줄의 기타 장애 M67 달리 분류된 질환에서의 윤활막 및 힘줄의 장애 M68 - 기타 관절의 결핵(M68.0*) A18.08+
라3 6.눈 및 눈부속기관의 특정질환	공막 각막 홍채 및 섬모체의장애	H15~H19
	- 결핵성 상공막염(H19.0*)	A18.5+
	- 결핵성 간질각막염(H19.2*)	
	- 결핵성 각막결막염(간질성, 플릭텐성)(H19.2*)	
	- 각막염(H19.1*)	B00.51+
	- 각막결막염(H19.1*)	
	- 각막상피염(H19.1*)	
	- 간질각막염(H19.1*)	
	- 각막내피염(H19.1*)	B30.0+
	- 아데노바이러스에 의한 각막결막염(H19.2*)	
	- 유행성 각막결막염(H19.2*)	
	- 조선소눈병(H19.2*)	
	- 공막 각막 홍채 및 섬모체의장애	
- 결핵성 홍채섬모체염(H22.0*)	A18.5+	
- 홍채섬모체염(H22.0*)	B00.50+	

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
	- 홍채염(H22.0*)	
	- 전방포도막염(H22.0*)	
	맥락막 및 망막의 장애	H30~H35
	- 결핵성 맥락망막염(H32.0*)	A18.5+
	(황반 및 후극부의 변성 제외)	(H35.3 제외)
	(고혈압성 망막병증 제외)	(H35.02 제외)
	맥락막 및 망막의 장애	H36
	(당뇨병성 망막병증 제외)	(H36.0 제외)
	시신경 및 시각경로의 장애	H46~H48

- 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

52. 피부질환수술비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 피부질환수술비(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「피

부질환」의 정의 및 진단확정의 「피부질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
피부질환수술비 (연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「피부질환」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「피부질환」이라 함은 「피부질환 분류표」(【별표】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 「피부질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료 효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
- ③ 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ② 수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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)

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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 피부질환 분류표

약관에 규정하는 「피부질환」으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 피부 및 피하조직의 감염	L00 ~ L08
2. 수포성 장애	L10 ~ L14
3. 피부염 및 습진	L20 ~ L30
4. 구진비늘 장애	L40 ~ L45
- 원위지골간 건선관절병증(L40.5+)	M07.0*
- 절단성 관절염(L40.5+)	M07.1*
- 건선척추염(L40.5+)	M07.2*
- 기타 건선관절병증(L40.5+)	M07.3*

- 건선에서의 연소성 관절염(L40.5+)	M09.0*
5. 두드러기 및 홍반	L50 ~ L54
6. 피부 및 피하조직의 방사선 관련 장애	L55 ~ L59
7. 피부 부속물의 장애	L60 ~ L75
8. 피부 및 피하조직의 기타장애	L80 ~ L99

1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

53. 말기폐질환진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 말기폐질환진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「말기폐질환」의 정의 및 진단확정)의 「말기폐질환」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
말기폐질환진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「말기폐질환」의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 「말기폐질환」이라 함은 「말기폐질환 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 말기폐질환으로 분류되고, 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
 - 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
 - 평상시 FEV1검사가 정상예측치의 25%이하
- 제1항의 「말기폐질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과외사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제3조(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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

- 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 말기폐질환진단비 지급사유가

발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

- 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 말기폐질환 분류표

약관에 규정하는 말기폐질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
인플루엔자 및 폐렴	J09~J18
- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0+
- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2+
- 수두 폐렴(J17.1*)	B01.2+
- 폐 특소포자충증(J17.3*)	B58.3+
기타 급성 하기도 감염	J20~J22
만성 하부호흡기 질환	J40~J47
외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80~J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
흉막의 기타 질환	J90~J94

호흡계통의 기타 질환	J95~J99
- 류마티스 폐질환(J99.0*)	M05.1+

- 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
- 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

54. 말기간경화진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 말기간경화진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「말기간경화」의 정의 및 진단확정)의 「말기간경화」로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
말기간경화진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「말기간경화」의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 「말기간경화」이라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한 가지 이상의 증상이 나타나야 합니다.
 - 통제가 불가능한 복수증
 - 영구적인 황달
 - 위나 식도벽의 정맥류
 - 간성 뇌증
- 제1항의 「말기간경화」의 진단확정은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope Liver Scan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부 전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다.

제3조(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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- 제1항 이외에도 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 보장에서 제외됩니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 말기간경화진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이

경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

55. 말기신부전증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 말기신부전증진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「말기신부전증」의 정의 및 진단확정)의 「말기신부전증」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
말기신부전증진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「말기신부전증」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 말기신부전증환자가 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 「말기신부전증」의 진단확정은 의료기관의 의사(치과의사 제외)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

- ③ 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

제3조(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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 말기신부전증진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

56. 대상포진진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 대상포진진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「대상포진」의 정의 및 진단확정)의 「대상포진」으로 진단 확정된 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
대상포진 진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「대상포진」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「대상포진」이라 함은 「대상포진」(【별표】참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 「대상포진」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「대상포진」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료 기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(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 회사

가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 대상포진진단비 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적정한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 대상포진 분류표

약관에 규정하는 「대상포진」으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
대상포진	B02

1. 제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

- 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

57. 대상포진진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 대상포진진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「대상포진진단비」의 정의 및 진단확정)의 「대상포진진단비」로 진단 확정된 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
대상포진진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「대상포진진단비」의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 「대상포진진단비」이라 함은 「대상포진진단비 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
- 「대상포진진단비」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「대상포진진단비」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우

사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

- 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 대상포진진단비 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 대상포진진단비 분류표

약관에 규정하는 「대상포진진단비」으로 분류되는 질병은 제7차 개정

자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정
한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의
료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부
규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「통풍」의 정의 및
진단확정)에서 정한 「통풍」으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관
은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장
개시는 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력
회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조
(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 통풍진단비 보험금 지급사유가
발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습
니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를
포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경
우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는
바에 따라 적합한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 통풍 분류표

약관에 규정하는 「통풍」으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준
질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에
적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
통풍	M10

1. 제8차 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추
가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함
하는 것으로 합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에
부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(항
후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기
재된 것을 인정합니다.

59. 양성뇌종양진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수
익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 양성뇌종양진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「양성뇌종
양」의 정의 및 진단확정)의 「양성뇌종양」으로 진단확정 되었을 경

우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
양성뇌종양진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「양성뇌종양」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「양성뇌종양」이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.
- ② 제1항의 양성뇌종양은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나, 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥 기형 또는 동맥기형은 양성뇌종양으로 보지 않습니다.
- ③ 제1항의 「양성뇌종양」의 진단확정은 신경과의사 또는 신경외과의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

제3조(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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지

급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 양성뇌종양진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

60. 병적골절동반 골다공증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 병적골절동반 골다공증진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「병적골절동반 골다공증」의 정의 및 진단확정)의 「병적골절동반 골다공증」으로 진단 확정된 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
병적골절동반 골다공증진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「병적골절동반 골다공증」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「병적골절동반 골다공증」이라 함은 「병적골절동반 골다공증 분류표」(【별표】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 「병적골절동반 골다공증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
또한 회사가 「병적골절동반 골다공증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 병적골절동반 골다공증 진단비

보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 병적골절동반 골다공증 분류표

약관에 규정하는 「병적골절동반 골다공증」으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분 류 번 호
병적 골절을 동반한 골다공증	M80

1. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

61. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 상급종합병원에 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지급 금액
상급종합병원 질병입원비 (1일-120일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(120일한도)

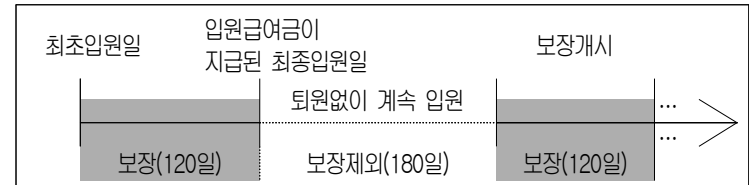
제2조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

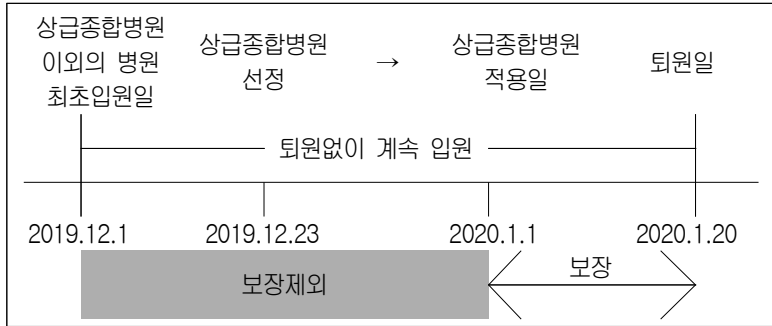
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료

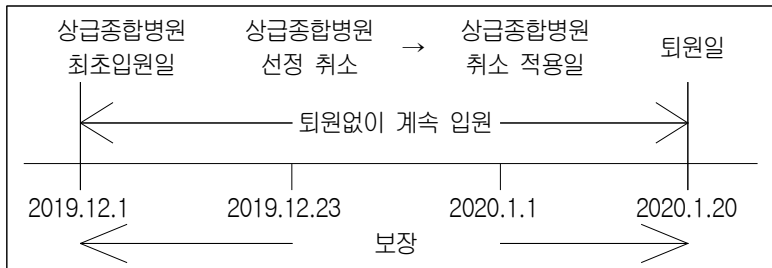
를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항 및 제2항의 규정에 따라 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)를 계속 지급합니다.
- ④ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)를 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 「상급종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 상급종합병원 퇴원일까지 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)를 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)를 지급합니다.



⑦ 피보험자가 「상급종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)를 지급합니다.



- ⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
 5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 6. 성병
 7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

62. 종합병원 질병입원비(1일-180일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 종합병원 질병입원비(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 종합병원에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지급금액
종합병원 질병입원비(1일-180일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일한도)

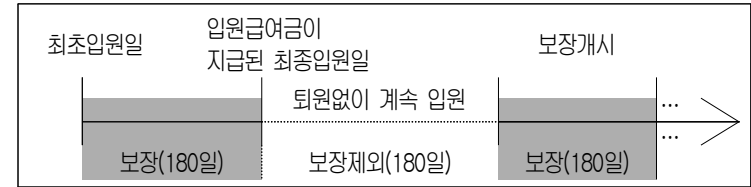
제2조(「용어」의 정의)

- ① 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

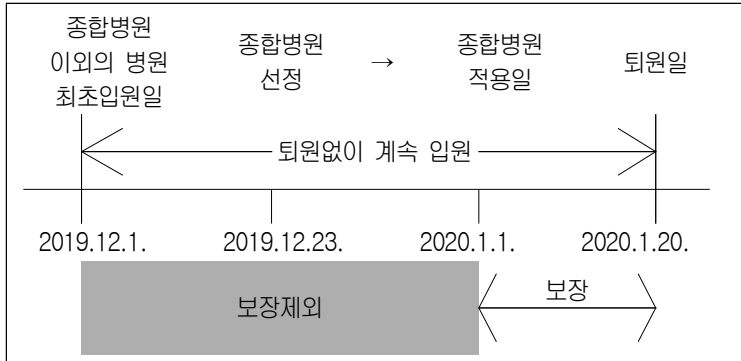
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 종합병원 질병입원비(1일-180일)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 질병입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 종합병원 질병입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일부

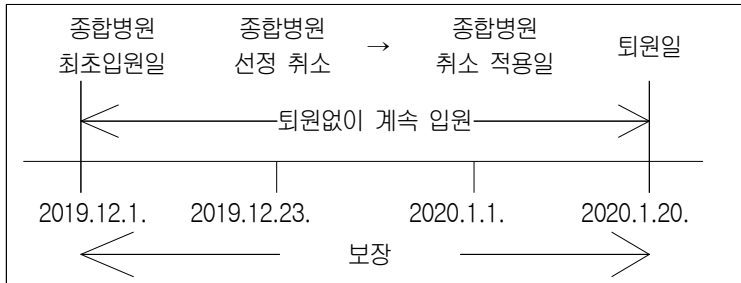
터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 질병입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 종합병원 질병입원비(1일-180일)를 계속 보장하여 드립니다.
- ④ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 종합병원 질병입원비(1일-180일)를 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 「종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 종합병원 퇴원일까지 종합병원 질병입원비(1일-180일)를 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 종합병원 질병입원비(1일-180일)를 지급합니다.



⑦ 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원 기간에 대하여 종합병원 질병입원비(1일-180일)를 지급합니다.



⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 종합병원 질병입원비(1일-180일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 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.

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. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

제3장. 상해 및 질병관련 특별약관

1. 중증치매진단비(CDR3점이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중증치매진단비(CDR3점이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「중증치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중증치매상태」로 진단 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
중증치매진단비(CDR3점이상)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「중증치매상태」의 정의 및 진단확정)

- ① 「중증치매상태」라 함은 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 보장개시일 이후에 「중증 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 「중증 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일 이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장애에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「중증치매상태」로 최종 진단 확정될 수 있습니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ③ 「중증치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강 의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의하며, 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「중증치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 진단 확정됩니다.
- ④ 제3항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계 진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(「중증치매상태」의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 치매로 진단 확정 및 CDR 3점이상에 해당하는 상태가 되고, 그 상태가 90일이상 계속되어 보험기간이 만료된 후 「중증 인지기능의 장애」가 발생하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중증치매진단비(CDR3점이상)를 지급합니다.
- 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 아래 목적의 치료에 따른 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

- ① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.
- ② 이 특별약관에서 정한 보험금을 계약자가 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
- ④ 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 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ⑤ 지정대리청구인은 제7항에서 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서
 - 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
 - 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 - 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 중증치매진단비(CDR3점이상) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2. 응급실내원비(응급)(갱신형_20년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 응급실내원비(응급) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 「응급환자」에 해당되어 「응급실」에 내원하여 진료를 받은 경우 매 내원시마다 아래의 금액을 지급(이 때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.)

구 분	지 급 금 액
응급실내원비(응급)	매 내원시마다 이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 “응급실”이라 함은 「응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호」에서 정하는 「응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관)」 또는 「응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)」에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실, 종합병원에 설치된 응급실을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “응급환자”라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로서 「응급증상 및 이에 준하는 증상」(【별표】 응급증상 및 이에 준하는 증상 참조) 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료중사자(응급의료에 관한 법률 제2조 제4호 참조)가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 응급실이 아닌 곳에서의 야간진료 또는 외래진료를 받은 자는 응급환자에 해당하지 않습니다.

제3조(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.

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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는

사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제6장 1. 갱신행 보장 특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 급성意識장애, 급성신경학적 이상, 구도·의식장애 등의 증상이 있는 두부 증상
- 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(급성복만염·장폐색증·급성체장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18%이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지

를 절단할 우려가 있는 혈관손상, 전신마취하에
응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상

- 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
- 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
- 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
- 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
- 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신 장애

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℃ 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. 이물체에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

주) 관련법령이 변경되는 경우 변경된 법률을 적용합니다.

3. 응급실내원비(비응급)(갱신형_20년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 응급실내원비(비응급) : 이 특별약관의 보험기간 중에 「응급환자」에 해당되지는 않으나 상해 또는 질병으로 인하여 「응급실」에 내원하여 진료를 받은 경우 매 내원시마다 아래의 금액을 지급(이 때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.)

구 분	지 급 금 액
응급실내원비(비응급)	매 내원시마다 이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 “응급실”이라 함은 「응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호」에서 정하는 「응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관)」 또는 「응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)」에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실, 종합병원에 설치된 응급실을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “응급환자”라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로서 「응급증상 및 이에 준하는 증상」(【별표】 응급증상 및 이에 준하는 증상 참조) 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료중사자(응급의료에 관한 법률 제2조 제4호 참조)가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 응급실이 아닌 곳에서의 야간진료 또는 외래진료를 받은 자는 응급환자 또는 비응급환자에 해당하지 않습니다.

제3조(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.

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

③ 회사는 피보험자가 아래의 사유로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
3. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 검사, 예방접종, 인공유산, 불임 시술 등으로 인한 경우
4. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
5. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함), 산후기로 인한 경우

제5조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제6장 1. 갱신형 보장 특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표】 응급증상 및 이에 준하는 증상

: 제3장 2. 응급실내원비(응급)(갱신형_20년) 특별약관 참조

4. 깁스치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 깁스치료비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 깁스(Cast)치료를 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지급금액
깁스치료비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「깁스(Cast)치료」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「깁스(Cast)치료」라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 「깁스(Cast)치료」가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.
- ② 제1항의 “부목(Splint Cast)치료”라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는

의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

5. 5대장기이식수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 5대장기이식수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인해 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.) 등에서 장기수혜자로서 5대장기이식술을 받았을 때 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지급금액
5대장기이식수술비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「5대장기이식수술」의 정의)

이 특별약관에서 「5대장기」라 함은 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장을 말하며, 「5대장기이식수술」이라 함은 「장기 등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포 이식수술은 「5대장기이식수술」로 보지 않습니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료 효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引)
 2. 천자(穿刺) 등의 조치
 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
 4. 미용성형 목적 수술
 5. 피임(避妊) 목적 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

· 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자

· 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
· 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
· 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
· 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
· 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 5대장기이식수술비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

6. 각막이식수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 각막이식수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인해 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다.)등에서 장기수혜자로서 각막이식술을 받았을 때 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지급금액
각막이식수술비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(각막이식수술의 정의)

이 특별약관에서 「각막이식수술」이라 함은 「장기 등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

제3조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료

효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.

- ③ 제1항의 수술은 자막 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引)
 2. 천자(穿刺) 등의 조치
 3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
 4. 미용성형 목적 수술
 5. 피임(避妊) 목적 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(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 회사

가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 각막이식수술비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

7. 인공관절수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 인공관절수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 직접적인 원인으로 제2조(「인공관절수술」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「인공관절수술」을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
인공관절수술비	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「인공관절수술」의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 「인공관절수술」이라 함은 아래의 경우를 말합니다. 단, 관절의 일부만을 치환하거나 성형하는 수술 및 처치(단, 인공골두삽입술은 제외합니다) 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 모두 보장에서 제외합니다.

- 1. 고관절(엉덩이 관절), 슬관절(무릎관절) 또는 견관절(어깨관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우에 해당됩니다)에 대해 손상된 관절을 제거하고 인공적으로 만든 관절(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절. 이하 “인공관절”이라 합니다)을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는 「인공관절치환수술」을 받은 경우
- 2. 손상된 골두를 제거하고 인체에 해가 없는 인공적으로 만든 골두를 해당 뼈에 삽입시켜 줌으로써 기존 골두의 기능을 치환하여 주는 「인공골두삽입술」을 받은 경우

제3조(「수술」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.
- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經)차단(Nerve Block)
4. 미용성형 목적 수술
5. 피임(避妊) 목적 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경 성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

용어의 정의

- 의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
- 신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지

급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

제4장. 장기요양관련 특별약관

1. 장기요양간병비(1등급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 장기요양간병비(1등급) : 이 특별약관의 보험기간 중에 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 "1등급의 장기요양등급" 판정시 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지급금액
장기요양간병비(1등급)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

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(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ③ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 장기요양간병비를 지급하지 않습니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 판정기준은 "노인장기요양보험법" 및 관련 법률(이하"법률"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 "장기요양상태"와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 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 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입 보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경 시점의 책임준비금을 지급하며, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제5조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

- ① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.
- ② 이 특별약관에서 정한 보험금을 계약자가 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
- ④ 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 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ⑤ 지정대리청구인은 제7항에서 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양간병비(1등급) 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2. 장기요양간병비(1~2등급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 장기요양간병비(1~2등급) : 이 특별약관의 보험기간 중에 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 “1등급 내지 2등급의 장기요양등급” 판정시 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
장기요양간병비(1~2등급)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

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(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 장기요양간병비를 지급하지 않습니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 판정기준은 "노인장기요양보험법" 및 관련 법률(이하"법률"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 "장기요양상태"와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 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 이전 까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입 보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경 시점의 책임준비금을 지급하며, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제5조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

- ① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한 하여 적용됩니다.
- ② 이 특별약관에서 정한 보험금을 계약자가 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자

동적으로 상실된 것으로 봅니다.

- ④ 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 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ⑤ 지정대리청구인은 제7항에서 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서
 - 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
 - 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 - 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양간병비(1~2등급) 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경

우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3. 장기요양간병비(1~4등급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 장기요양간병비(1~4등급) : 이 특별약관의 보험기간 중에 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 “1등급 내지 4등급의 장기요양등급” 판정시 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
장기요양간병비(1~4등급)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

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(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

- ② 제1항 이외에도 회사는 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 장기요양간병비를 지급하지 않습니다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 판정기준은 "노인장기요양보험법" 및 관련 법률(이하"법률"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양상태를 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 "장기요양상태"와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 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 이전 까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입 보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경

시점의 책임준비금을 지급하며, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제5조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

- ① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.
- ② 이 특별약관에서 정한 보험금을 계약자가 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 - 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 - 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
- ④ 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 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ⑤ 지정대리청구인은 제7항에서 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양간병비(1~4등급) 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

제5장. 배상책임관련 특별약관

0. 배상책임관련 공통약관

제1조(목적)

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 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

- 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 피보험자 : 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
- 다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

2. 보상 관련 용어

- 가. 배상책임 : 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
- 나. 보상한도액 : 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 해당 특별약관의 보험금의 지급한도에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말

합니다.

- 다. 자기부담금 : 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
 - 라. 보험금 분당 : 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
 - 마. 대위권 : 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.
3. 이자율 관련 용어
- 가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
- 가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
 - 나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제3조(손해의 발생과 통지)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
 - 1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
 - 2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 - 3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조(보험사고발생의 통지의무) 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제4조(보상하는 손해의 범

위) 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

제4조(보상하는 손해의 범위)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래 각 호와 같습니다.

- 1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
- 2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용.
 - 나. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
 - 마. 피보험자가 제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제5조(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 아니면 본인의 인감증명서 포함)
- 3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
- 4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제6조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지

급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가 지급보험금으로 지급합니다.

- ② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지체된 날부터 지급일까지 「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」(【별표3】 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그 해당 기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 계약자 또는 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제7조(의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제8조(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 가입했다라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

제8조(보험금의 분담)

- ① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$

- 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 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
 1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
 2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
 3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 배상책임 특별약관에서 보상하는 손해에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
 1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
 2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액한도내에

서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

- ② 회사가 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우에 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제11조(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 한도내에서 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 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
 - 2. 피보험자가 정당한 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.

제12조(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.
- ③ 회사는 제1항, 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.

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.

제14조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 보험 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나

피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달된 것으로 봅니다.

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제14조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 최초계약(갱신형 보장이 있는 경우 갱신형 보장의 최초계약) 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
 3. 최초계약(갱신형 보장이 있는 경우 갱신형 보장의 최초계약)을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제36조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해가 생긴 후에 이루어진 경우 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않으며, “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자 또는 피보험자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 손해가 제1항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 손해의 보상을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 보며, 부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제16조(양도)

보험 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동의를 한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의를 없는 경우에도

청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제17조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제18조(특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제19조(계약내용의 변경)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보상한도액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- ② 회사는 계약자가 제1회 보험료 등을 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1항 제5호의 규정에 의하여 보상한도액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 보통약관 제36조(해지환급금)에

서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ④ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
- ⑤ 회사는 제1항에 따라 보험료 등을 감액 혹은 증액할 경우 최초 안내한 만기환급금 또는 해지환급금보다 적거나 많아질 수 있습니다.

제20조(조사)

- ① 회사는 보험 목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제21조(타인을 위한 계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 특별약관이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제22조(계약자의 임의해지)

계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 보통약관 제36조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동

의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제23조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자 또는 피보험자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자 또는 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 보통약관 제36조(해지환급금)에 따라 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제24조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제9조(중도인출), 제24조(보통약관 계약의 소멸)은 적용하지 않습니다.

1. 가족일상생활중배상책임 I (갱신형_1년) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 제2조(피보험자의 범위)에서 규정된 이 특별약관의 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.)중에 아래에 열거한 사고로 피해자의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)의 장애 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해

(이하 “배상책임손해”이라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 주거용으로 사용하는 보험증권에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)에 인한 우연한 사고

제2조(피보험자의 범위)

- ① 제1조(보상하는 손해)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다
 1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 기명피보험자라 합니다)
 2. 기명피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자
 3. 기명피보험자 또는 기명피보험자의 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 친족(민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족을 말합니다)
 4. 기명피보험자 또는 기명피보험자의 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀
- ② 제1항에서 기명피보험자와 기명피보험자 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제3조(보상하는 손해의 범위)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래 각 호와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 [0. 배상책임관련 공통약관] 제9조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용.
 - 나. 피보험자가 [0. 배상책임관련 공통약관] 제9조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

- 라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
- 마. 피보험자가 [0. 배상책임관련 공통약관] 제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제4조(보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1회의 보험사고

1회의 보험사고라 함은 하나의 원인 또는 사실상 같은 종류의 위험에 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 사고로써 피보험자나 피해자의 수 또는 손해배상청구의 수에 관계없이 1회의 사고로 봅니다.

1. 제3조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 1억원 한도로 보상하되, 매회의 사고마다 자기부담금([대인배상책임]은 없음. [대물배상책임]은 20만원)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 [대인배상책임] 및 [대물배상책임] 손해를 더한 금액을 보상합니다.

대인배상책임

타인의 신체에 피해를 입혀 피보험자가 부담하는 법률상의 배상책임

대물배상책임

타인의 재물에 손해를 일으켜 피보험자가 부담하는 법률상의 배상책임

2. 제3조(보상하는 손해의 범위) 제2호 ‘가’목, ‘나’목 또는 ‘마’의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제3조(보상하는 손해의 범위) 제2호 ‘다’, ‘라’의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 1억원 한도 내에서 보상합니다.

제5조(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. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임. 그러나 약정이 없더라도 법률규정에 의하여 피보험자가 부담하게 될 배상책임은 보상합니다.
 5. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

핵연료물질

사용된 연료를 포함합니다.

핵연료물질에 의하여 오염된 물질

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

6. 위 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
7. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
8. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
10. 에너지 및 관리할 수 있는 자연력, 상표권, 특허권 등 무체물에 입힌 손해에 대한 배상책임
11. 통상적이거나 급격한 사고에 의한 것인가의 여부에 관계없이 공해물질의 배출, 방출, 누출, 넘쳐흐름 또는 유출로 생긴 손해에 대한 배상책임 및 오염제거비용

② 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중 입은 신체의 장해(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.)에 기인하는 배상책임
4. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
5. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
6. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임
7. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
8. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다.), 총기(공기총은 제외합니다.)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임
9. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
10. 폭력행위에 기인하는 배상책임

제6조(특별약관의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제6장 1. 갱신형 보장 특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 「0. 배상책임관련 공통약관」을 따릅니다.

2. 가족일상생활중배상책임II(갱신형_1년) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 제2조(피보험자의 범위)에서 규정된 이 특별약관의 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “보험기간”이라 합니다.)중에 아래에 열거한 사고로 피해자의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)의 장해 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 “배상책임손해”이라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 주거용으로 사용하는 보험증권에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)에 인한 우연한 사고

제2조(피보험자의 범위)

- ① 제1조(보상하는 손해)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다
 1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 기명피보험자라 합니다)
 2. 기명피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자
 3. 기명피보험자 또는 기명피보험자의 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 친족(민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족을 말합니다)
 4. 기명피보험자 또는 기명피보험자의 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀
- ② 제1항에서 기명피보험자와 기명피보험자 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제3조(보상하는 손해의 범위)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래 각 호와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 [0. 보상책임관련 공통약관] 제9조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용.
 - 나. 피보험자가 [0. 보상책임관련 공통약관] 제9조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
 - 마. 피보험자가 [0. 보상책임관련 공통약관] 제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제4조(보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1회의 보험사고

1회의 보험사고라 함은 하나의 원인 또는 사실상 같은 종류의 위험에 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 사고로써 피보험자나 피해자의 수 또는 손해배상청구의 수에 관계없이 1회의 사고로 봅니다.

1. 제3조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 1억원 한도로 보상하되, 매회의 사고마다 자기부담금([대인배상책임] 및 [대물배상책임] 각각 20만원)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 [대인배상책임] 및 [대물배상책임] 손해를 더한 금액을 보상합니다.

대인배상책임

타인의 신체에 피해를 입혀 피보험자가 부담하는 법률상의 배상책임

대물배상책임

타인의 재물에 손해를 일으켜 피보험자가 부담하는 법률상의 배상책임

2. 제3조(보상하는 손해의 범위) 제2호 ‘가’목, ‘나’목 또는 ‘마’의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제3조(보상하는 손해의 범위) 제2호 ‘다’, ‘라’의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 1억원 한도 내에서 보상합니다.

제5조(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. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임. 그러나 약정이 없더라도 법률규정에 의하여 피보험자가 부담하게 될 배상책임은 보상합니다.
 5. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

핵연료물질

사용된 연료를 포함합니다.

핵연료물질에 의하여 오염된 물질

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

6. 위 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
 7. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
 8. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
 9. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
 10. 에너지 및 관리할 수 있는 자연력, 상표권, 특허권 등 무체물에 입힌 손해에 대한 배상책임
 11. 통상적이거나 급격한 사고에 의한 것인가의 여부에 관계없이 공해물질의 배출, 방출, 누출, 넘쳐흐름 또는 유출로 생긴 손해에 대한 배상책임 및 오염제거비용
- ② 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
 2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
 3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중 입은 신체의 장애(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.)에 기인하는 배상책임
 4. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
 5. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
 6. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임
 7. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
 8. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다.), 총기(공기총은 제외합니다.)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임
 9. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보

상합니다.

10. 폭력행위에 기인하는 배상책임

제6조(특별약관의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제6장 1. 갱신형 보장 특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제24조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 「0. 배상책임관련 공통약관」을 따릅니다.

제6장. 제도성 특별약관

1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관

제1조(적용대상)

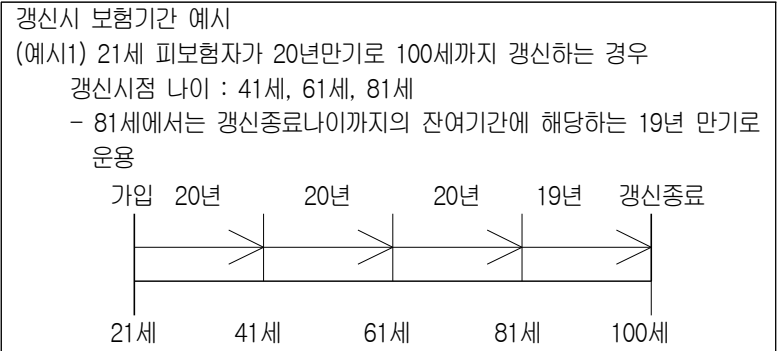
이 특별약관은 아래에 해당하는 특별약관(이하 「갱신형 보장특약」이라 합니다)에 적용됩니다.

제1장. 상해관련 특별약관
1-2. 일반상해사망(갱신형_20년) 특별약관
4-2. 일반상해입원비(1일~180일)(갱신형_20년) 특별약관
15-2. 상해수술비(갱신형_20년) 특별약관
17-2. 상해1~5종수술비 특별약관(갱신형_20년)
제2장. 질병관련 특별약관
1-2. 질병사망(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관
2-2. 질병후유장해(80%미만)(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관
25-2. 재진단암III진단비(갱신형_20년) 특별약관
28-2. 허혈성심질환진단비(갱신형_20년) 특별약관
32-2. 뇌혈관질환진단비(갱신형_20년) 특별약관
37-2. 두 번째 급성심근경색증진단비(갱신형_20년) 특별약관
38-2. 두 번째 뇌출혈진단비(갱신형_20년) 특별약관
40-2. 영구적장해동반뇌졸중II진단비(갱신형_20년) 특별약관
41-2. 3대질병진단비III(갱신형_20년) 특별약관
42-2. 재진단3대질병진단비(갱신형_20년) 특별약관
45-2. 허혈성심질환수술비(갱신형_20년) 특별약관
46-2. 뇌혈관질환수술비(갱신형_20년) 특별약관

47-2. 뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비(갱신형_20년) 특별약관
제3장. 상해 및 질병관련 특별약관
2. 응급실내원비(응급)(갱신형_20년) 특별약관
3. 응급실내원비(비응급)(갱신형_20년) 특별약관
제5장. 배상책임관련 특별약관
1. 가족일상생활중배상책임 I (갱신형_1년) 특별약관
2. 가족일상생활중배상책임 II(갱신형_1년) 특별약관

제2조(갱신형 보장특약의 자동갱신)

- ① 갱신형 보장특약 중 최초계약의 보험기간은 20년(단, 가족일상생활중배상책임 I 및 가족일상생활중배상책임 II 은 1년)으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 기간이 최초계약의 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.



- ② 제1항에도 불구하고 「제2장 25-2. 재진단암III진단비(갱신형_20년) 특별약관」, 「제2장 37-2. 두 번째 급성심근경색증진단비(갱신형_20년) 특별약관」 및 「제2장 38-2. 두 번째 뇌출혈진단비(갱신형_20년) 특별약관」의 경우에는 갱신시점에서 (갱신종료나이-1)세까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 (갱신종료나이-1)세까지의 잔여

보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 (갱신종료나이-1)세인 경우에는 1년을 보험기간으로 하여 갱신합니다

- ③ 제1항에도 불구하고 「제2장 42-2.재진단3대질병진단비(갱신형_20년) 특별약관」의 경우에는 갱신시점에서 (갱신종료나이-2)세까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 (갱신종료나이-2)세까지의 잔여보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 (갱신종료나이-2)세인 경우에는 1년을 보험기간으로 하여 갱신합니다
- ④ 갱신형 보장특약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 갱신형 보장특약의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 갱신형 보장특약(이하 “갱신전 보장특약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 갱신형 보장특약의 만기일(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - 1. 갱신된 갱신형 보장특약(이하 “갱신후 보장특약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간내일 것
 - 2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
 - 3. 갱신전 보장특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

제3조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해지)

- ① 계약자가 갱신전 보장특약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사가 정하는 14일 이상의 기간을 납입유예기간으로 하며, 이 납입유예내에 연체 보험료를 납입하지 않는 경우에는 납입유예기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장특약은 해제됩니다.
- ② 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 갱신후 보장특약에 따라 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 보장특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제4조(갱신형 보장특약 보험료의 납입방법)

- ① 계약자는 갱신형 보장의 보험료를 보험기간 동안 계속 납입하여야 합니다.
- ② 계약자가 이 특별약관의 보험료를 납입하지 않는 경우 보통약관 제30조

(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간 안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드리며 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않은 경우 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제5조(자동갱신 적용)

- ① 회사는 제2조(갱신형 보장특약의 자동갱신)에 의하여 갱신형 보장특약이 갱신되는 경우 보험약관은 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령의 개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 약관개정으로 인하여 약관이 변경된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 갱신후계약 보험료에 대하여 갱신형 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면으로 안내합니다

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

2. 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 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 계약자의 청약과 회사의 승

낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

- ② 제1항에 따라 이 특별약관을 부가할 때 피보험자의 과거 병력과 의학적으로 인과관계가 있다는 의사의 소견이 있는 경우 또는 인과관계가 경험통계적으로 유의성 있게 확인된 경우 등과 같이 회사의 계약사정기준에 따라 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 부담보 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
- ③ 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ④ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 기본계약 및 특별약관에서 정한 보장 개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
 1. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에서 정한 특정 부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
 2. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

- ① 보험계약에 이 특별약관을 부가할 때 피보험자의 건강상태에 따라서 제2항 제1호 및 제2호의 조건을 부가합니다.
- ② 이 특별약관에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에 정한 보험금의 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입면제를 하지 않습니다. 다만, 질병으로 인한 사망 또는 80%이상 후유장애으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 예외로 합니다.
 1. 「특정신체부위 분류표」(【별표①】 참조) 중에서 회사가 지정한 부위(이하 “특정부위”라 합니다.)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한

질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다.)

2. 「특정질병 분류표」(【별표②】 참조) 중에서 회사가 지정한 질병(이하 “특정질병”이라 합니다)
- ③ 제2항의 면책기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 “1년부터 5년” 또는 “보험계약의 보험기간”으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 보험 계약 청약일 이후 5년을 지나는 동안 제2항 제1호 또는 제2호의 질병으로 인하여 재진단 또는 치료를 받은 사실이 없을 경우 보험계약 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 보장하여 드리며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.
- ④ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 1. 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ⑤ 피보험자가 회사에서 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자에게 보험사고가 발생한 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑦ 제2항의 특정부위와 특정질병은 합산하여 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활

(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다.)의 규정을 따릅니다.

【별표①】 특정신체부위 분류표

구분	특정부위
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자) 및 맹장(총수돌기 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)

구분	특정부위
15	귀(외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기 (꼭지돌기)포함)
16	안구 및 안구부속기(안경(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함)
17	신장
18	부신
19	요관, 방관 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁(자궁체부(자궁몸통) 포함)
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환(고환초막(고환집막) 포함), 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)

구분	특정부위
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)

【별표②】 특정질병 분류표

약관에서 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준 질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1 심장질환	100~102, 105~109, 120~125, 126~128, 130~152, 197

2	뇌혈관질환	I60~I69, G45, G46, Q28
3	당 뇨 병	E10~E14 O24, H28.0, H36.0
4	고 혈 압	I10~I13, I15, H35.02
5	결핵	A15~A19
6	담석증	K80
7	요로결석증	N20~N23
8	골반염	N70~N74, N77
9	자궁내막증	N80
10	관절병증, 연골병증	M00~M03, M05~M19 M93, M94
11	척추질환	M40~M43, M45~M51, M53, M54, M99.1~M99.7
12	하지정맥류	I80, I83, I87
13	고지혈증	E78
14	임신중독증	O11~O15
15	통풍	E79, M10
16	사시	H49~H51
17	백내장	H25~H27
18	탈장, 음낭수종	K40~K46, N43
19	복막의질환	K65~K67
20	골다공증	M80~M82
21	천식	J44~J46
22	유산	N96, O00~O08, O20

1. 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에

추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

3. 선지급서비스 특별약관

제1조(적용대상)

- ① 이 선지급서비스 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.)을 부가하는 보통약관은 계약자와 피보험자가 동일한 보험계약이어야 합니다.
- ② 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지로 합니다.
- ③ 보통약관에 사망보험금을 지급하는 특별약관(이하 “사망보장 특별약관”이라 합니다.)이 부가되어 있는 경우에도 이 특별약관을 적용합니다.

제2조(지급사유)

- ① 회사는 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 전문의 자격증을 가진 자가 실시한 진단결과 피보험자의 남은 생존기간이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 사망보장 특별약관에서 정한 사망보험금의 50%를 선지급사망보험금(이하 “보험금”이라 합니다.)으로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 이 특별약관의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 사망보장 특별약관의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해지환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다.

다. 이 경우 이 특별약관의 보험금 지급일 이후 사망보장 특별약관에서 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특별약관에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금은 지급하지 않습니다.

- ③ 이 특별약관의 보험금이 지급되기 전에 사망보장 특별약관에서 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특별약관의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 사망보장 특별약관에서 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 이 특별약관의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 남은 생존기간 상당분의 이차 및 보험료를, 또 보통약관에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계를 뺀 금액을 지급합니다.
- ⑥ 이 특별약관의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 사망보장 특별약관의 사망보험금액을 기준으로 합니다.

제3조(보험금의 지정대리 청구인)

- ① 계약자가 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 미리 지정한자 또는 지정대리청구인이 제7조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 있습니다.

지정대리청구인

제4조(지정대리청구인의 변경지정)의 규정에 따라 변경 지정한 다음의 자

1. 보험금 청구시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상의 배우자
2. 보험금 청구시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

- ② 제1항의 규정에 의하여 회사가 이 특별약관의 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특별약관의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권에 그 뜻을 기재합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본
3. 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금을 지급하지 않는 보험사고)

계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가 제2조(지급사유) 제1항에 해당된 경우에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험료)

이 특별약관의 보험료는 없습니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자, 계약자 또는 지정대리 청구인은 제1조(적용대상)에 정한 특별약관의 보험기간 중에 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 이 특별약관의 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 주민등록증, 여권 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증
 4. 보험수익자 및 지정대리청구인의 가족관계등록등본 및 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
 5. 기타 보험수익자 또는 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원 등에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그

병원 또는 의원 등은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제8조(보험금의 지급)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)의 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이 특별약관의 보험금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 접수 후 10영업일 이내에 드립니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 보험계약자가 회사로부터의 사실 조회에 대하여 정당한 사유없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는, 그 회답 또는 동의를 얻어 사실 확인이 끝날 때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, 회사가 지정한 의사에 의한 피보험자의 진단을 요구한 경우에도 진단을 받지 않은 때에는 진단을 받고 사실 확인이 끝날 때 까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일내에 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 때에는 그 지급기일의 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 이 보험의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 사망보장 특별약관을 따릅니다.

4. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 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 보통약관 제18조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5. 이륜자동차 운전중상해 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 “보통약관”이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.
- ② 보통약관이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호

회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다.), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(“탑승”을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보통약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말합니다.
- ③ 제2항에서 ‘그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차’는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.
1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
 2. 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용 자동차에 해당하지 아니하는 자동차
- ④ 제2항 및 제3항에서 자동차관리법 시행규칙 변경시 변경된 내용을 적용합니다.
- ⑤ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할경찰서에서 발생한 사고처리확인원 등으로 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.

6. 특별조건부(할증보험료법 / 보험금감액법) 특별약관

제1조(특별약관 계약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 특별약관에 부가하여 이루어집니다.(이하 이 특별약관의 적용을 받는 특별약관을 『해당계약』이라 합니다)
- ② 이 특별약관에 대한 보장개시일(책임개시일)은 해당계약의 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.
- ③ 해당계약의 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제2조(특별약관의 내용)

이 특별약관은 피보험자의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 해당계약의 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조(특별약관의 부가조건)

- ① 이 특별약관에 의하여 부가하는 계약조건은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한가지의 방법으로 부가합니다.
 1. 할증보험료법
 - 할증위험률에 의한 보험료와 표준체 보험료와의 차액을 특별약관보험료라 하며 보험계약을 체결할 때 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에

회사에서 정한 특별약관보험료(보험계약이 갱신되는 경우에는 갱신시점의 표준체 보험요율을 기준으로 이 특별약관보험료도 재산출합니다.)를 더하여 납입보험료로 합니다. 다만, 특별약관보험료는 보험계약의 보험료 납입방법에 관계없이 계약자가 보장보험료로 추가납입하여야 합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 보험계약에 정한 보험금을 지급합니다.

표준체

건강상태에 따라 위험률을 할인, 할증하지 않은 일반 위험률을 적용하는 피보험자

할증위험률

피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 일반위험률보다 높게 적용되는 위험률

2. 보험금감액법

계약일로부터 회사가 정한 삭감기간 내에 해당계약의 약관에서 정하는 상해 이외의 원인으로 해당계약의 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당계약의 규정에도 불구하고 계약시에 정한 삭감기간 및 보험금지급비율에 따라 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

경과기간	기 준	삭감기간 및 보험금지급비율				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	해당계약에 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년이상 2년미만			60%	50%	40%	30%
2년이상 3년미만				75%	60%	45%
3년이상 4년미만					80%	60%
4년이상 5년미만						80%

- ② 제1항 제2호의 삭감기간은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 5년 이내로 합니다. 단, 해당계약이 계약자가 보험기간이 끝나는 날까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 별도의 계약사정 없이

갱신되는 계약(이하 “갱신계약”이라 합니다.)인 경우 삭감기간의 산정은 최초 계약일을 기준으로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약 사정기준을 따르며, 개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

- ③ 제1항 제1호, 제2호의 규정에 의하여 계약에 부가된 조건을 보험증권(보험가입증서)에 기재하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 해당계약의 보험기간 내에서 회사가 정한 기간으로 합니다.
- ② 이 특별약관의 보험료는 해당계약의 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제5조(특별약관내용의 변경)

이 특별약관이 부가된 해당계약의 경우에는 해당계약 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.

- 1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경
- 2. 감액완납 또는 연장보험으로의 변경

감액완납보험

차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험

연장보험

차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 정기보험(일정기간동안 사망을 보장하는 보험)으로 변경하는 보험

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당계약을 따릅니다.

7. 보험금대리청구인 지정서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관(이하 “특약”)은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

- ① 이 특별약관은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정(제4조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 - 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 - 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 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)

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 보험수익자 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

8. 장애인전용보험 전환 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

- ① 이 특별약관은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 “전환대상계약”이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.
 1. 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

소득세법 제59조의4(특별세액공제)

- ① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.
 1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
 2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

소득세법 시행령 제118조의4(보험료의 세액공제)

- ① 법 제59조의4제1항제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성 보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.
- ② 법 제59조의4제1항제2호에서 "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 제118조의4제2항 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) 제1항」에서 규정한 장애인인 보험

「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위)」에서 규정한 장애인

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와

유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람

3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위)

영 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조제1항에 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 그 때부터 효력이 없습니다.
 - ④ 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

- ① 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험 수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하, “장애인증명서”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 제1항의 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 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

- ① 회사는 이 특별약관이 부가된 전환대상계약을 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

설 명

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2019년 1월 15일~2019년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않

며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019년 6월 1일~2019년 12월 31일) 납입된 보험료만 2019년 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.

설 명

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상 계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

- ④ 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(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 보통약관(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다.), 소득세법 등 관련 법규에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

별 표

【별표1】 장해 분류표

【 총 칙 】

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 치료종결 후 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 외

모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위로 한다. 다만, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 장애의 판정

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항상 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애인단서에는 ① 장애인단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것)여부 ② 객관적 이유 및 개호(간병)의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

【 장애분류별 판정기준 】

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) 『교정시력』이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) 『한 눈이 멀었을 때』라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(『광각무』) 겨우 가릴 수 있는 경우(『광각유』)를 말한다.
- 4) 『한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때』라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.

※주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
 - 6) 『안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애』라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상 1/2 이하로 감소된 경우
 - ② 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)을 남긴 경우
 - 7) 『안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애』라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
 - 8) 『뚜렷한 시야 장애』라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 심야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
 - 9) 『눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때』라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
 - 10) 『눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때』라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
 - 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 『뚜렷한 추상(추한 모습)』으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 『약간의 추상(추한 모습)』으로 지급률을 가산한다.
 - 12) 『눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때』에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 컷바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) 『한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때』라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) 『심한 장애를 남긴 때』라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) 『약간의 장애를 남긴 때』라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 『언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사』 등을 추가실시 후 장애를 평가한다.

다. 컷바퀴의 결손

- 1) 『컷바퀴의 대부분이 결손된 때』라 함은 컷바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
- 2) 컷바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- 1) 『평형기능에 장애를 남긴 때』라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회 이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회 이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회 이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회 미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

① 뇌영상검사(CT, MRI)

② 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 『코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때』라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) 『코의 후각기능을 완전히 잃었을 때』라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80

장애의 분류	지급률 (%)
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) 『씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때』라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) 『씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - ② 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - ③ 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - ④ 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - ⑤ 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태

- 4) 『씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - ② 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - ③ 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - ④ 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - ⑤ 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) 『말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 언어평가상 자음정확도가 30% 미만인 경우
 - ② 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) 『말하는 기능에 뚜렷한 기능에 장애를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 언어평가상 자음정확도가 50% 미만인 경우
 - ② 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) 『말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 언어평가상 자음정확도가 75% 미만인 경우
 - ② 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우

- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) 『치아의 결손』이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 『외모』란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) 『추상(추한 모습)장애』라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등

포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.

- 3) 『추상(추한 모습)을 남긴 때』라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산 대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/2 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - ① 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 지름 2cm 이상의 조직함몰

- ④ 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

『손바닥 크기』라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.

2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡정도에 따라 평가한다.

- ① 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
- ② 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
- ③ 척추(등뼈)의 기형장애는 「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 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 경과한 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사상에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추

- 뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- ② 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- ② 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
- ③ 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사상, 두 개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI: Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- ④ 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- ① 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동단위 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.
- ① 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한

운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- ① 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) 『추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애』란 추간판탈출증으로 인하여 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) 『추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애』란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) 『추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애』란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

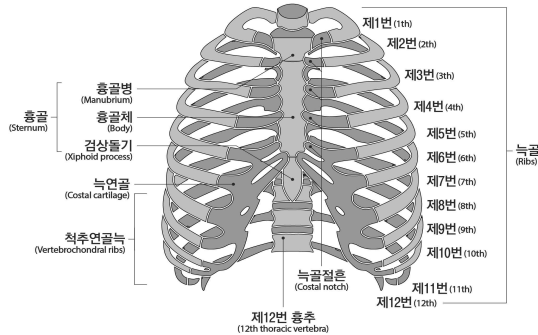
나. 장애판정기준

- 1) 『체간골』이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천

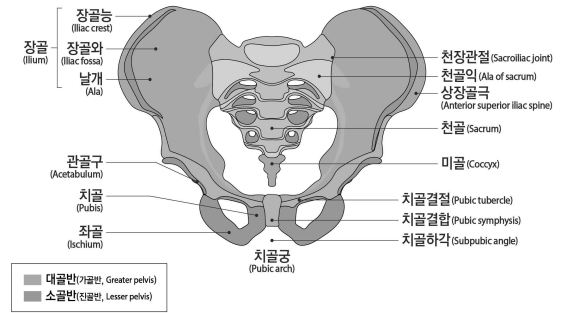
골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며, 이를 모두 동일한 부위로 본다.

- 2) 『골반뼈의 뚜렷한 기형』이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당할 때를 말한다.
 - ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
 - ② 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - ③ 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) 『빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때』라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.

<가슴뼈>



<골반뼈>



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
- 3) 『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 손목 이상을 잃었을 때』 라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - ① 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - ② 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.
 - ① 완전 강직(관절굳음)
 - ② 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『0등급(zero)』 인 경우
- 8) 『관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때』 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

- ② 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ③ 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『1등급(trace)』 인 경우
- 9) 『관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때』 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『2등급(poor)』 인 경우
- 10) 『관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때』 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『3등급(fair)』 인 경우
- 11) 『가관절^{*)}이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때』 라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 『불유합』 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 12) 『가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때』 라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) 『뼈에 기형을 남긴 때』 라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장애판정기준

- 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 아니한다.
- 『다리』라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.

- 『다리의 3대 관절』이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 『한 다리의 발목 이상을 잃었을 때』라 함은 발목관절로부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 다리의 관절기능 장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 『관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 완전 강직(관절굳음)
 - 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『0등급(zero)』인 경우
- 『관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『1등급(trace)』인 경우
- 『관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

- ③ 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『2등급(poor)』인 경우
- 10) 『관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- ③ 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『3등급(fair)』인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) 『가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때』라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 『불유합』 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 13) 『가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때』라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) 『뼈에 기형을 남긴 때』라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1하지(다리)와 발가락)의 후유장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장애 가. 장애의 분류

장애의 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 하나마다)	10
4) 한손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

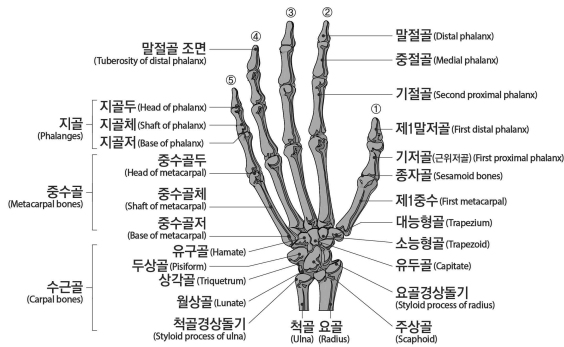
나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 아니한다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) 『손가락을 잃었을 때』라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를

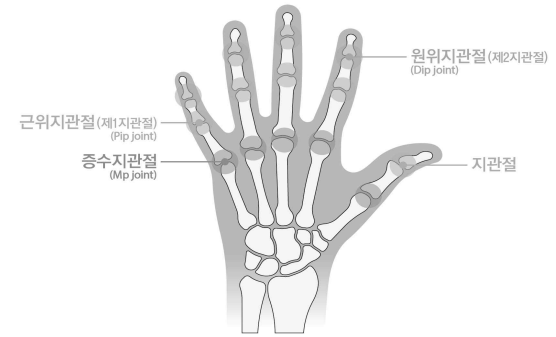
말한다.

- 6) 『손가락뼈 일부를 잃었을 때』 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) 『손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때』라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

<손가락>



<손가락>



11. 발가락의 장애
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

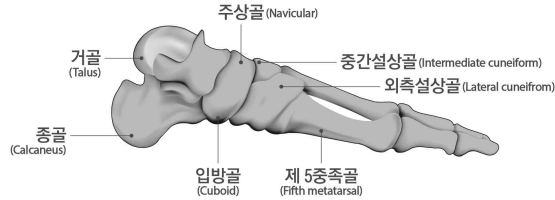
- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 아니한다.
- 3) 『발가락을 잃었을 때』라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) 『발가락뼈 일부를 잃었을 때』라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) 『발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때』라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

<발가락>



<발가락>





12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애의 판정기준

- 1) 『심장 기능을 잃었을 때』라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) 『흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생도록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) 『흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때』라 함은

아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

- ① 위, 대장(결장~직장) 또는 체장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - ③ 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - ④ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) 『흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- ① 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - ② 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - ③ 위, 체장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - ④ 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - ⑤ 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - ⑥ 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) 『흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- ① 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요할 때
 - ② 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능할 때
 - ③ 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 『<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표』에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성

간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① 『신경계에 장애를 남긴 때』라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 『<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표』의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 『<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표』상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀,

코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나 12개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 수상 후 12개월이 경과한 후에 판정할 수 있다.
 - ② 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되었거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.
 - ③ 『정신행동에 극심한 장애를 남긴 때』라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
 - ④ 『정신행동에 심한 장애를 남긴 때』라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
 - ⑤ 『정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때』라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 『능력장애측정기준』^{주)}상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
- ※ 주) 능력장애측정기준의 항목: ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면,

목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉔ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉕ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉖ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉗ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

- ⑥ 『정신행동에 약간의 장애를 남긴 때』라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 『능력장애측정기준』상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- ⑦ 『정신행동에 경미한 장애를 남긴 때』라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 『능력장애측정기준』상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- ⑧ 지속적인 정신건강의학과와 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- ⑨ 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- ⑩ 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- ⑪ 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
- ⑫ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- ⑬ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

- ① 『치매』라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성

손상으로 파괴되어 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

- ② 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
- ③ 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

- ① 『뇌전증(간질)』이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- ③ 『심한 간질 발작』이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ④ 『뚜렷한 간질 발작』이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ 『약간의 간질 발작』이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑥ 『중증발작』이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑦ 『경증발작』이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행 시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)

유형	제한 정도에 따른 지급률
배변·배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리 시 다른 사람들의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리 시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치 시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워 시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워 시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈 시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈 시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복 착탈 시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 사무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

【별표2】 기타관계법령

※ 아래의 법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

[민법 제27조(실종의 선고)]

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

[민법 제777조(친족의 범위)]

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

- 1. 8촌이내의 혈족
- 2. 4촌이내의 인척
- 3. 배우자

[의료법 제2조(의료인)]

- ① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>
- ② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.<개정 2015.12.29., 2019.4.23.>
 - 1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
 - 2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
 - 3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
 - 4. 조산사는 조산(助産)과 임신부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.

5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.

- 가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
- 나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
- 다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
- 라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

[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 임신부 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(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에

관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다
 마. 종합병원

- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2011. 8. 4.>
 1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[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 진료

과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
 - ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
 - ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
 - ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

[의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)]

법 제36조제1호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고, 그 시설규격은 별표 4와 같다.

[의료법 시행규칙 별표4(의료기관의 시설규격(제34조 관련))]

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

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

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 엠부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

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

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

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

[상법 제657조 제1항]

- ① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.

[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.

[국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙]

[시행 2020.1. 1.] [보건복지부령 제608호, 2019. 6. 12., 일부개정] 제9조(비급여대상)

- ① 법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다. <개정 2012. 8. 31., 2016. 8. 4.>

[별표 2] <개정 2019. 9. 27.>

비급여대상(제9조제1항관련)

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
 - 라. 단순 코골음
 - 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
 - 바. 검열반 등 안과질환
 - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

- 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(응비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
 - 나. 사시교정, 안외각리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 치과교정. 다만, 입술입천장갈림증(구순구개열)을 치료하기 위한 치과교정 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
 - 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술
 - 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔 제거술
 - 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
 - 아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
- 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자들에게 실시하는 건강검진 제외)
 - 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 - 다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석 제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
 - 라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아흙메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2

- 큰어금니에 대한 치면열구전색(치아흙메우기)은 제외한다.
 - 마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
 - 바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사
 - 사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
 - 아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여위원회에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
- 가. 가입자 등이 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용함에 따라 제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용. 다만, 상급종합병원 및 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원은 제외한다)의 상급병상을 이용하는 경우에는 입원료를 포함한 입원실 이용비용 전액(다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다)
 - (1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황 신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

- (가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관, 같은 항 제3호나목의 치과병원 및 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문 병원: 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것
 - (나) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관 (치과병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것
 - (다) 「의료법」 제3조제2항제3호나목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것
- (2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우
- 나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용
- (1) 가입자들이 「의료법」 제3조제2항제3호나목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경 신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
 - (2) 가입자들이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 중

- 합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제25조에 따라 호스피스 전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
- 다. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.
 - 라. 삭제 <2017. 9. 1.>
 - 마. 친자확인을 위한 진단
 - 바. 치과의 보철(보철재료 및 가공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.
 - 사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>
 - 자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제
 - 차. 삭제 <2006.12.29>
 - 카. 삭제 <2018. 12. 31.>
 - 타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용
 - 파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용

하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 영양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 영양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.

거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제8항제2호에 따른 제한적 의료기술

너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위

더. 그 밖에 영양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

5. 삭제 <2006.12.29>

6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료

나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.

7. 건강보험제도의 여건상 영양급여로 인정하기 어려운 경우

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법

나. 한약첨약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제

8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

[자동차관리법 시행규칙 제2조(자동차의 종별 구분)]

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다. <개정 2015.7.7., 2017.1.6.>[전문개정 2011.12.15.]

[별표 1] 자동차의 종류(제2조관련) <개정 2018.11.23.>

자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용자동차	배기량이 250cc(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000cc 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc 미만이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc 이상 2,000cc 미만이고, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000cc 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것

승합자동차	배기량이 1,000cc 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화물자동차	배기량이 250cc(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것 배기량이 1,000cc 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수자동차	배기량이 1,000cc 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜자동차	배기량이 50cc 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것	배기량이 100cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 100cc 초과 260cc 이하(최고정격출력 11킬	배기량이 260cc(최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

		고, 최대적재량(기타형의 경우만 해당한다)이 60킬로그램 이하인 것	로와트 초과 15킬로와트 이하)이고, 최대적재량이 60킬로그램 초과 100킬로그램 이하인 것	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·현행·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
특수 자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특수작업형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수작업용인 것
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비교

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 0.5 제곱미터 이상, 그 밖에 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차
 - 1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간

- 에 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.

[암관리법 제2조(정의)]

[시행 2018. 12. 11] [법률 제 15890호, 2018. 12. 11. 일부개정]

1. "말기암환자"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상

되는 암환자를 말한다.

2. “말기암환자 완화의료”란 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 말기 암환자와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 하는 의료를 말한다.

[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(약칭: 연명의료결정법) 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)]

[시행 2019. 3. 28] [법률 제 15912호, 2018. 12. 11. 일부개정]

- ① 보건복지부장관은 호스피스대상환자를 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.<개정 2018. 3. 27.>
- ② 제1항에 따라 지정을 받으려는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 신청하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 호스피스전문기관(이하 "호스피스전문기관"이라 한다)에 대하여 제29조에 따른 평가결과를 반영하여 호스피스사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 차등 지원할 수 있다.
- ④ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 호스피스전문기관의 지정에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

[시행일:2018. 2. 4.] 제25조제1항(의료기관 중 요양병원에 관한 사항에 한정한다)

[응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호]

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

“응급의료기관”이란 의료법 제3조에 따라 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 응급의료 시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러지 아니한다.

[노인장기요양보험법 제29조(장기요양급여의 제한)]

공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다. [전문개정 2018. 12. 11.][시행일 : 2019.12.12.]

[노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등)]

- ① 공단은 제14조에 따른 조사가 완료된 때 조사결과서, 신청서, 의사 소견서, 그 밖에 심의에 필요한 자료를 등급판정위원회에 제출하여야 한다. <개정 2016. 5. 29.>
- ② 등급판정위원회는 신청인이 제12조의 신청자격요건을 충족하고 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령으로 정하는 등급판정기준에 따라 수급자로 판정한다. <개정 2016. 5. 29.>
- ③ 등급판정위원회는 제2항에 따라 심의·판정을 하는 때 신청인과 그 가족, 의사소견서를 발급한 의사 등 관계인의 의견을 들을 수 있다.
- ④ 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것으로 의심되는 경우에는 제14조제1항 각 호의 사항을 조사하여 그 결과를 등급판정위원회에 제출하여야 한다. <신설 2018. 12. 11.>
 1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양인정을 받은 경우
 2. 고의로 사고를 발생하도록 하거나 본인의 위법행위에 기인하여 장기요양인정을 받은 경우

- ⑤ 등급판정위원회는 제4항에 따라 제출된 조사 결과를 토대로 제2항에 따라 다시 등급판정을 할 수 있다. <신설 2018. 12. 11.>
<시행일 : 2019.12.12.>

[노인장기요양보험법 제60조(자료의 제출 등)]

- ① 공단은 장기요양급여 제공내용 확인, 장기요양급여의 관리·평가 및 장기요양보험료 산정 등 장기요양사업 수행에 필요하다고 인정할 때 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게 자료의 제출을 요구할 수 있다.
1. 장기요양보험가입자 또는 그 피부양자 및 의료급여수급권자
 2. 수급자 및 장기요양기관
- ② 제1항에 따라 자료의 제출을 요구받은 자는 성실히 이에 응하여야 한다.

[노인장기요양보험법 제61조(보고 및 검사)]

- ① 보건복지부장관 또는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게 보수·소득이 나 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항의 보고 또는 자료의 제출을 명하거나 소속 공무원으로 하여금 관계인에게 질문을 하게 하거나 관계 서류를 검사하게 할 수 있다. <개정 2013. 8. 13.>
1. 장기요양보험가입자
 2. 피부양자
 3. 의료급여수급권자
- ② 보건복지부장관 또는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게 장기요양급여의 제공 명세, 재무·회계에 관한 사항 등 장기요양급여에 관련된 자료의 제출을 명하거나 소속 공무원으로 하여금 관계인에게 질문을 하게 하거나 관계 서류를 검사하게 할 수 있다. <개정 2013. 8. 13., 2016. 5. 29.>

1. 장기요양기관
 2. 장기요양급여를 받은 자
- ③ 제1항 및 제2항의 경우에 소속 공무원은 그 권한을 표시하는 증표 및 조사기간, 조사범위, 조사담당자, 관계 법령 등 보건복지부령으로 정하는 사항이 기재된 서류를 지니고 이를 관계인에게 내보여야 한다. <개정 2015. 12. 29.>
- ④ 제1항 및 제2항에 따른 질문 또는 검사의 절차·방법 등에 관하여는 이 법에서 정하는 사항을 제외하고는 「행정조사기본법」에서 정하는 바에 따른다. <신설 2015. 12. 29.>

【별표3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

“책임 있는 사유” 예시

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 정당한 사유 없이 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사요청에 동의하지 않는 경우

3. 가산이율 적용시 제10조(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.
5. 약관에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때 지급지연 이자 계산 예시
 - 예시기준)
 지급보험금 100만원, 보험계약대출이율 4.3%, 지급기일로부터 50일 경과시
 : 100만원 × (30 × 4.3% + 20 × 8.3%) / 365 = 8,082 원

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO
