무배당 행복을 多주는 가족사랑종합보험(20.04)
약 관

흥국화재해상보험주식회사

※ 동 약관은 무배당 행복을 多주는 가족사랑종합보험(20.04)_1종(납입면제기본,일반형), 2종(납입면제확장,일반형), 3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ), 4종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅱ) 에 적용할 수 있음

목 차

쉽게 이해하는 보험약관

보험용어 해설 ····· 16
주요내용 요약서 ····· 18
가입자 유의사항 ····· 21
자주 발생하는 민원 예시 ····· 24
보험금 지급 절차 안내문 ····· 27
보험금 청구시 준비하여야 할 서류 ····· 29

보 통 약 관

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 34
제1조(목적) ····· 34
제2조(용어의 정의) ····· 34

제2관 보험금의 지급 ····· 36
제3조(보험금의 지급사유) ····· 36
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 36
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 38
제6조(보험금 지급사유의 통지) ····· 38
제7조(보험금의 청구) ····· 38
제8조(보험금의 지급절차) ····· 38
제9조(중도인출) ····· 39
제10조(공시이율의 적용 및 공시) ····· 40
제11조(만기환급금의 지급) ····· 41
제12조(보험금 받는 방법의 변경) ····· 41
제13조(주소변경통지) ····· 41
제14조(보험수익자의 지정) ····· 41
제15조(대표자의 지정) ····· 42

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 42
제16조(계약 전 알릴 의무) ····· 42
제17조(상해보험 계약후 알릴 의무) ····· 42
제18조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 43
제19조(사기에 의한 계약) ····· 44

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 44
제20조(보험계약의 성립) ····· 44
제21조(청약의 철회) ····· 45
제22조(약관 교부 및 설명의무 등) ····· 45
제23조(계약의 무효) ····· 46
제24조(계약내용의 변경 등) ····· 47
제25조(보험나이 등) ····· 48
제26조(보통약관 계약의 소멸) ····· 48
제26조의2(계약의 소멸시 책임준비금의 청구) ····· 49

제5관 보험료의 납입 ····· 49
제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 49
제28조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 49
제29조(보험료 납입면제) ····· 50
제30조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) ····· 51
제31조(보험료의 자동대출납입) ····· 56
제32조(보험료납입유예제도에 의한 보험료 대체납입) ····· 56
제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) · 57

제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 58
제35조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ····· 58

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 58
제36조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 58
제37조(중대사유로 인한 해지) ····· 59
제38조(회사의 파산선고와 해지) ····· 59
제39조(해지환급금) ····· 59
제40조(보험계약대출) ····· 60
제41조(배당금의 지급) ····· 60

제7관 분쟁의 조정 등 ····· 60
제42조(분쟁의 조정) ····· 60
제43조(관할법원) ····· 60
제44조(소멸시효) ····· 61
제45조(약관의 해석) ····· 61
제46조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력) ····· 61
제47조(회사의 손해배상책임) ····· 61
제48조(개인정보보호) ····· 61
제49조(준거법) ····· 61
제50조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 61

특 별 약 관

제1장. 상해관련 특별약관 ····· 63
1. 일반상해사망 특별약관 ····· 63
1-1. 일반상해사망 특별약관 ····· 63
1-2. 일반상해사망(갱신형_20년) 특별약관 ····· 63
2. 일반상해후유장해(3~100%) 특별약관 ····· 64
3. 일반상해후유장해(20~100%) 특별약관 ····· 65
4. 일반상해후유장해(50%이상) 특별약관 ····· 66
5. 교통상해사망 특별약관 ····· 67
6. 교통상해후유장해(80%이상) 특별약관 ····· 69
7. 교통상해후유장해(3~100%) 특별약관 ····· 71
8. 신주말일반상해사망 특별약관 ····· 74
9. 대중교통이용중교통상해사망 특별약관 ····· 75
10. 골프중상해사망 특별약관 ····· 76
11. 자전거탑승중상해사망 특별약관 ····· 77
12. 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 78
12-1. 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 78
12-2. 일반상해입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 78
13. 일반상해수술동반입원비(1일-20일) 특별약관 ····· 79
14. 상해중환자실입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 82
15. 교통상해입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 83
16. 골절진단비(치아파절 제외) 특별약관 ····· 85
16-1. 골절진단비(치아파절 제외) 특별약관 ····· 85
16-2. 골절진단비(치아파절 제외)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 85
【별표】 골절(치아파절 제외) 분류표 ····· 86
17. 교통상해골절진단비(치아파절 제외) 특별약관 ····· 87
18. 5대골절진단비 특별약관 ····· 88
【별표】 5대골절분류표 ····· 89
19. 골절진단비(치아파절 포함, 연간1회한) 특별약관 ····· 90
19-1. 골절진단비(치아파절 포함, 연간1회한) 특별약관 ····· 90
19-2. 골절진단비(치아파절 포함, 연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 90
【별표】 골절 분류표 ····· 90
20. 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) 특별약관 ····· 91
20-1. 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) 특별약관 ····· 91
20-2. 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) (갱신형_20년)

특별약관 ····· 91
【별표①】 골절(치아파절제외) 분류표Ⅱ ····· 93
【별표②】 골절 등급분류기준표 ····· 94
21. 골절수술비 특별약관 ····· 95
21-1. 골절수술비 특별약관 ····· 95
21-2. 골절수술비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 95
22. 교통상해골절수술비 특별약관 ····· 96
23. 5대골절수술비 특별약관 ····· 99
24. 골절수술비(1~5급)(연간1회한) 특별약관 ····· 100
24-1. 골절수술비(1~5급)(연간1회한) 특별약관 ····· 100
24-2. 골절수술비(1~5급)(연간1회한)(갱신형_20년)특별약관 ····· 100
【별표①】 골절 분류표Ⅲ ····· 102
【별표②】 골절 등급분류기준표Ⅱ ····· 103
25. 화상진단비 특별약관 ····· 104
【별표】 화상 분류표 ····· 104
26. 화상수술비 특별약관 ····· 105
27. 상해수술비 특별약관 ····· 106
27-1. 상해수술비 특별약관 ····· 106
27-2. 상해수술비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 106
28. 상해흉터복원수술비 특별약관 ····· 108
29. 중대한화상및부식치료비 특별약관 ····· 110
30. 중대한특정상해수술비 특별약관 ····· 110
【별표】 중대한 특정상해 분류표 ····· 112
31. 강력범죄처리비용(갱신형_20년) 특별약관 ····· 112
32. 자동차사고부상치료비 특별약관 ····· 113
【별표】 자동차사고부상 등급표 ····· 115
33. 상해1~5종수술비Ⅱ 특별약관 ····· 122
33-1. 상해1~5종수술비Ⅱ 특별약관 ····· 122
33-2. 상해1~5종수술비Ⅱ(갱신형_20년) 특별약관 ····· 122
【별표】 1-5종 수술분류표 ····· 123
34. 아킬레스힘줄손상수술비 특별약관 ····· 127
【별표】 아킬레스힘줄손상 분류표 ····· 129
35. 무릎인대파열 및 연골손상수술비 특별약관 ····· 129
【별표】 무릎인대파열 및 연골손상 분류표 ····· 131
36. 외상성척추손상수술비 특별약관 ····· 132
【별표】 외상성척추손상 분류표 ····· 134
37. 관절(무릎,고관절)손상수술비 특별약관 ····· 134
【별표】 관절(무릎,고관절)손상 분류표 ····· 136
38. 종합병원 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 137
38-1. 종합병원 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 137
38-2. 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 137
39. 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일) 특별약관 ····· 139
39-1. 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일) 특별약관 ····· 139
39-2. 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 139
40. 자동차사고입원비(1~14급)(1일-180일) 특별약관 ····· 141
41. 뇌·내장상해 수술비 특별약관 ····· 143
【별표】 뇌·내장손상 분류표 ····· 144

제2장. 질병관련 특별약관 ····· 146
1. 질병사망(감액없음) 특별약관 ····· 146
1-1. 질병사망(감액없음) 특별약관 ····· 146
1-2. 질병사망(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 146
2. 질병후유장해(80%이상)(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 147
3. 질병후유장해(3~100%)(감액없음) 특별약관 ····· 148
3-1. 질병후유장해(3~100%)(감액없음) 특별약관 ····· 148
3-2. 질병후유장해(3~100%)(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 148
4. 질병후유장해(20~100%)(감액없음) 특별약관 ····· 150
4-1. 질병후유장해(20~100%)(감액없음) 특별약관 ····· 150

4-2. 질병후유장해(20~100%)(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관 ···· 150
5. 질병입원비(1일-180일) 특별약관 ···· 151
5-1. 질병입원비(1일-180일) 특별약관 ···· 151
5-2. 질병입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관 ···· 151
6. 질병중환자실입원비(1일-180일) 특별약관 ···· 153
7. 질병수술동반입원비(1일-20일) 특별약관 ···· 155
8. 질병수술비 특별약관 ···· 158
8-1. 질병수술비 특별약관 ···· 158
8-2. 질병수술비(갱신형_20년) 특별약관 ···· 158
9. 질병수술비(특정3대질병제외) 특별약관 ···· 161
9-1. 질병수술비(특정3대질병제외) 특별약관 ···· 161
9-2. 질병수술비(특정3대질병제외)(갱신형_20년) 특별약관 ···· 161
【별표】특정3대질병 분류표 ···· 163
10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 ···· 164
10-1. 암진단비(유사암제외) 특별약관 ···· 164
10-2. 암진단비(유사암제외)(갱신형_20년) 특별약관 ···· 164
【별표①】 악성신생물(암) 분류표 ···· 166
【별표②】 제자리신생물(상피내암) 분류표 ···· 167
【별표③】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ···· 167
11. 유사암진단비 특별약관 ···· 168
11-1. 유사암진단비 특별약관 ···· 168
11-2. 유사암진단비(갱신형_20년) 특별약관 ···· 168
12. 암진단비(소액암 및 유사암제외) 특별약관 ···· 170
12-1. 암진단비(소액암 및 유사암제외) 특별약관 ···· 170
12-2. 암진단비(소액암 및 유사암제외)(갱신형_20년) 특별약관 ···· 170
13. 고액치료비암진단비 특별약관 ···· 172
13-1. 고액치료비암진단비 특별약관 ···· 172
13-2. 고액치료비암진단비(갱신형_20년) 특별약관 ···· 172
【별표】 고액치료비암 분류표 ···· 174
14. 11대특정암진단비 특별약관 ···· 175
14-1. 11대특정암진단비 특별약관 ···· 175
14-2. 11대특정암진단비(갱신형_20년) 특별약관 ···· 175
【별표】 11대특정암 분류표 ···· 176
15. 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일) 특별약관 ···· 177
15-1. 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일) 특별약관 ···· 177
15-2. 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일) (갱신형_20년) 특별약관 ···· 177
16. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일) 특별약관 ···· 181
16-1. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일) 특별약관 ···· 181
16-2. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일) (갱신형_20년) 특별약관 ···· 181
17. 요양병원 암입원비(1일-60일) 특별약관 ···· 185
17-1. 요양병원 암입원비(1일-60일) 특별약관 ···· 185
17-2. 요양병원 암입원비(1일-60일)(갱신형_20년) 특별약관 ···· 185
18. 요양병원 암입원비(1일-90일) 특별약관 ···· 188
18-1. 요양병원 암입원비(1일-90일) 특별약관 ···· 188
18-2. 요양병원 암입원비(1일-90일)(갱신형_20년) 특별약관 ···· 188
19. 암수술비III 특별약관 ···· 191
19-1. 암수술비III 특별약관 ···· 191
19-2. 암수술비III(갱신형_20년) 특별약관 ···· 191
20. 암수술비IV 특별약관 ···· 194
20-1. 암수술비IV 특별약관 ···· 194
20-2. 암수술비IV(갱신형_20년) 특별약관 ···· 194
21. 유방수술비(유방암,유방의제자리암) 특별약관 ···· 196
【별표①】 유방의 악성신생물(암) 분류표 ···· 198
【별표②】 유방의 제자리신생물(상피내암) 분류표 ···· 199
【별표③】 유방암 및 유방암의 제자리암으로 인한 유방수술 분류표 199
22. 자궁적출수술비(여성생식기암,여성생식기의제자리암) 특별약관 ···· 199
【별표①】 여성생식기암 분류표 ···· 202
【별표②】 여성생식기의 제자리신생물(상피내암) 분류표 ···· 202

【별표③】 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술 분류표 ····· 202
23. 항암방사선약물치료비 특별약관 ····· 203
23-1. 항암방사선약물치료비 특별약관 ····· 203
23-2. 항암방사선약물치료비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 203
24. 암사망 특별약관 ····· 205
24-1. 암사망 특별약관 ····· 205
24-2. 암사망(갱신형_20년) 특별약관 ····· 205
25. 재진단암Ⅲ진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 207
26. 급성심근경색증사망 특별약관 ····· 212
【별표】 급성심근경색증 분류표 ····· 213
27. 급성심근경색증진단비 특별약관 ····· 214
27-1. 급성심근경색증진단비 특별약관 ····· 214
27-2. 급성심근경색증진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 214
28. 허혈성심질환사망 특별약관 ····· 215
【별표】 허혈성심질환 분류표 ····· 216
29. 허혈성심질환진단비 특별약관 ····· 217
29-1. 허혈성심질환진단비 특별약관 ····· 217
29-2. 허혈성심질환진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 217
30. 뇌출혈진단비 특별약관 ····· 218
30-1. 뇌출혈진단비 특별약관 ····· 218
30-2. 뇌출혈진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 218
【별표】 뇌출혈 분류표 ····· 220
31. 뇌졸중사망 특별약관 ····· 220
【별표】 뇌졸중 분류표 ····· 222
32. 뇌졸중진단비 특별약관 ····· 222
32-1. 뇌졸중진단비 특별약관 ····· 222
32-2. 뇌졸중진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 222
33. 뇌혈관질환사망 특별약관 ····· 224
【별표】 뇌혈관질환 분류표 ····· 225
34. 뇌혈관질환진단비 특별약관 ····· 226
34-1. 뇌혈관질환진단비 특별약관 ····· 226
34-2. 뇌혈관질환진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 226
35. 뇌졸중입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 228
36. 뇌졸중입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 230
37. 뇌졸중 및 급성심근경색증입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 233
38. 뇌졸중 및 급성심근경색증입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 236
39. 7대질병입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 238
【별표】 7대질병 분류표 ····· 240
40. 14대특정질병입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 242
【별표】 14대특정질병 분류표 ····· 243
41. 16대특정질병입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 245
41-1. 16대특정질병입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 245
41-2. 16대특정질병입원비(4일-120일)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 245
【별표】 16대특정질병 분류표 ····· 248
42. 34대특정질병수술비 특별약관 ····· 250
42-1. 34대특정질병수술비 특별약관 ····· 250
42-2. 34대특정질병수술비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 250
【별표】 34대특정질병 분류표 ····· 252
43. 치핵수술비 특별약관 ····· 256
43-1. 치핵수술비 특별약관 ····· 256
43-2. 치핵수술비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 256
【별표】 치핵 분류표 ····· 257
44. 노인성질환입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 257
【별표】 노인성질환 분류표 ····· 259
45. 노인성질환수술비 특별약관 ····· 260
46. 남성특정비뇨기계질환입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 261
【별표】 남성특정비뇨기계질환 분류표 ····· 263
47. 남성특정비뇨기계질환수술비 특별약관 ····· 265
48. 부인과질병입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 266

【별표】 부인과질병 분류표 ····· 268
49. 6대특정질병(여성전용)입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 269
【별표】 6대특정질병(여성전용) 분류표 ····· 271
50. 여성만성질병입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 272
【별표】 여성만성질병 분류표 ····· 273
51. 희귀난치성질환입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 274
【별표】 희귀난치성질환 분류표 ····· 276
52. 희귀난치성질환수술비 특별약관 ····· 279
53. 충수염수술비 특별약관 ····· 280
【별표】 충수염(맹장염) 분류표 ····· 282
54. 조혈모세포이식수술비 특별약관 ····· 282
55. 간질환수술비 특별약관 ····· 284
【별표】 간질환 분류표 ····· 285
56. 말기간경화진단비 특별약관 ····· 286
57. 말기신부전증진단비 특별약관 ····· 286
58. 식중독입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 287
【별표】 식중독 분류표 ····· 289
59. 특정전염병치료비 특별약관 ····· 289
【별표】 특정전염병 분류표 ····· 290
60. 양성뇌종양진단비 특별약관 ····· 291
61. 중대한재생불량성빈혈진단비 특별약관 ····· 292
62. 류마티스관절염(항류마티스약제)진단비 특별약관 ····· 293
63. 중기이상 만성간질환진단비 특별약관 ····· 294
63-1. 중기이상 만성간질환진단비 특별약관 ····· 294
63-2. 중기이상 만성간질환진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 294
【별표】 간경변증 분류표 ····· 295
64. 중기이상 만성신부전증진단비 특별약관 ····· 296
64-1. 중기이상 만성신부전증진단비 특별약관 ····· 296
64-2. 중기이상 만성신부전증진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 296
【별표】 만성 신장질환 분류표 ····· 297
65. 중기이상 만성폐질환진단비 특별약관 ····· 298
65-1. 중기이상 만성폐질환진단비 특별약관 ····· 298
65-2. 중기이상 만성폐질환진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 298
【별표】 만성폐질환 분류표 ····· 299
66. 말기 만성폐질환진단비 특별약관 ····· 300
66-1. 말기 만성폐질환진단비 특별약관 ····· 300
66-2. 말기 만성폐질환진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 300
67. 질병1~5종수술비Ⅱ 특별약관 ····· 301
67-1. 질병1~5종수술비Ⅱ 특별약관 ····· 301
67-2. 질병1~5종수술비Ⅱ(갱신형_20년) 특별약관 ····· 301
【별표】 1-5종 수술분류표 ····· 303
68. 5대기관질병수술비Ⅱ 특별약관 ····· 307
68-1. 5대기관질병수술비Ⅱ 특별약관 ····· 307
68-2. 5대기관질병수술비Ⅱ(갱신형_20년) 특별약관 ····· 307
【별표】 5대기관질병분류표 ····· 310
69. 요실금수술비(급여_연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 310
【별표①】 요실금 분류표 ····· 312
【별표②】 요실금수술 대상 수가코드 ····· 313
70. 뇌졸중수술비 특별약관 ····· 313
71. 뇌졸중 및 급성심근경색증수술비Ⅱ 특별약관 ····· 315
72. 뇌혈관질환수술비 특별약관 ····· 317
72-1. 뇌혈관질환수술비 특별약관 ····· 317
72-2. 뇌혈관질환수술비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 317
73. 허혈성심질환수술비 특별약관 ····· 320
73-1. 허혈성심질환수술비 특별약관 ····· 320
73-2. 허혈성심질환수술비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 320
74. 뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비 특별약관 ····· 321
74-1. 뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비 특별약관 ····· 321
74-2. 뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비(갱신형_20년) 특별약관 · 321
75. 두 번째 뇌출혈진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 324

76. 두 번째 급성심근경색증진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 326
77. 갑상선암(초기제외)진단비 특별약관 ····· 328
77-1. 갑상선암(초기제외)진단비 특별약관 ····· 328
77-2. 갑상선암(초기제외)진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 328
78. 70대특정질병수술비 특별약관 ····· 330
78-1. 70대특정질병수술비 특별약관 ····· 330
78-2. 70대특정질병수술비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 330
【별표①】 19대특정질병 분류표 ····· 334
【별표②】 19대특정질병Ⅱ 분류표 ····· 335
【별표③】 22대특정질병Ⅱ 분류표 ····· 338
【별표④】 6대특정질병 분류표 ····· 341
【별표⑤】 다빈도4대질병Ⅱ 분류표 ····· 342
79. 피부질환수술비(연간1회한) 특별약관 ····· 343
79-1. 피부질환수술비(연간1회한) 특별약관 ····· 343
79-2. 피부질환수술비(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 343
【별표】 피부질환 분류표 ····· 344
80. 대상포진진단비 특별약관 ····· 345
80-1. 대상포진진단비 특별약관 ····· 345
80-2. 대상포진진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 345
【별표】 대상포진 분류표 ····· 346
81. 대상포진눈병진단비 특별약관 ····· 347
81-1. 대상포진눈병진단비 특별약관 ····· 347
81-2. 대상포진눈병진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 347
【별표】 대상포진눈병 분류표 ····· 348
82. 통풍진단비 특별약관 ····· 348
82-1. 통풍진단비 특별약관 ····· 348
82-2. 통풍진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 348
【별표】 통풍 분류표 ····· 350
83. 혈전용해치료비(1회한) 특별약관 ····· 350
83-1. 혈전용해치료비(1회한) 특별약관 ····· 350
83-2. 혈전용해치료비(1회한)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 350
84. 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한) 특별약관 ··· 353
84-1. 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한) 특별약관 ····· 353
84-2. 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한) (갱신형_20년) 특별약관 ····· 353
85. 이차암진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 355
【별표①】 기관 분류표 ····· 358
86. 추간판장애수술비 특별약관 ····· 360
【별표】 추간판장애 분류표 ····· 361
87. 종합병원 질병입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 361
87-1. 종합병원 질병입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 361
87-2. 종합병원 질병입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관 ··· 361
88. 영구적장해동반뇌졸중Ⅱ진단비 특별약관 ····· 364
88-1. 영구적장해동반뇌졸중Ⅱ진단비 특별약관 ····· 364
88-2. 영구적장해동반뇌졸중Ⅱ진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 364
【별표】 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때 · 365
89. 간경변증(CP B이상)진단비 특별약관 ····· 365
89-1. 간경변증(CP B이상)진단비 특별약관 ····· 365
89-2. 간경변증(CP B이상)진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 365
90. 초기이상만성폐질환진단비 특별약관 ····· 367
90-1. 초기이상만성폐질환진단비 특별약관 ····· 367
90-2. 초기이상만성폐질환진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 367
91. 만성폐쇄성폐질환진단비 특별약관 ····· 368
91-1. 만성폐쇄성폐질환진단비 특별약관 ····· 368
91-2. 만성폐쇄성폐질환진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 368
【별표】 만성폐쇄성폐질환 분류표 ····· 369
92. 만성신장질환(CKD 3기이상)진단비 특별약관 ····· 370
92-1. 만성신장질환(CKD 3기이상)진단비 특별약관 ····· 370
92-2. 만성신장질환(CKD 3기이상)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 370

93. 3대질병진단비III 특별약관 ····· 371
93-1. 3대질병진단비III 특별약관 ····· 371
93-2. 3대질병진단비III(갱신형_20년) 특별약관 ····· 371
【별표①】 악성신생물(암) 분류표 ····· 374
【별표②】 뇌졸중II 분류표 ····· 375
【별표③】 급성심근경색증 분류표 ····· 375
94. 재진단3대질병진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 376
【별표④】 전립선암 분류표 ····· 385
95. 병적골절동반 골다공증진단비 특별약관 ····· 385
95-1. 병적골절동반 골다공증진단비 특별약관 ····· 385
95-2. 병적골절동반 골다공증진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 385
【별표】 병적골절동반 골다공증 분류표 ····· 386
96. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일) 특별약관 ····· 387
96-1. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일) 특별약관 ····· 387
96-2. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 387
97. 7대희귀난치성질환진단비 특별약관 ····· 389
97-1. 7대희귀난치성질환진단비 특별약관 ····· 389
97-2. 7대희귀난치성질환진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 389
【별표】 7대희귀난치성질환 분류표 ····· 390
98. 요로결석진단비 특별약관 ····· 390
98-1. 요로결석진단비 특별약관 ····· 390
98-2. 요로결석진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 390
99. 항암방사선약물치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 392
99-1. 항암방사선약물치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 392
99-2. 항암방사선약물치료비(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관 ··· 392
【별표①】 악성신생물(암) 분류표 ····· 394
【별표②】 항암방사선치료 분류표(급여) ····· 394
【별표③】 항암약물 분류표(급여) ····· 396
100. 8대기관양성신생물(폴립포함)수술비(연간1회한) 특별약관 ····· 397
100-1. 8대기관 양성신생물(폴립포함)수술비 ····· 397
100-2. 8대기관 양성신생물(폴립포함)수술비 ····· 397
【별표②】 8대기관 양성신생물(폴립포함) 수술(급여) 대상 수가코드 · 399
101. 갑상선기능항진증치료비 특별약관 ····· 401
101-1. 갑상선기능항진증치료비 특별약관 ····· 401
101-2. 갑상선기능항진증치료비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 401
【별표】 갑상선기능항진증 분류표 ····· 403

제3장. 상해 및 질병관련 특별약관 ····· 404
1. 5대장기이식수술비 특별약관 ····· 404
2. 각막이식수술비 특별약관 ····· 405
3. 인공관절수술비 특별약관 ····· 406
4. 응급실내원비(응급) 특별약관 ····· 408
【별표】 응급증상 및 이에 준하는 증상 ····· 409
5. 응급실내원비(비응급) 특별약관 ····· 409
6. 깁스치료비 특별약관 ····· 411
7. 관절증(엉덩,무릎)수술비(이차성 및 상세불명제외) 특별약관 ····· 412
【별표】 관절증질환 분류표 ····· 413
8. 경도치매진단비(CDR1점이상) 특별약관 ····· 414
9. 중증치매진단비(CDR3점이상) 특별약관 ····· 416
10. 중등도치매진단비(CDR2점이상) 특별약관 ····· 418
11. 치매입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 421
【별표】 치매분류표 ····· 423
12. 보험료납입지원III(일반상해·질병후유장해(80%이상)) 특별약관 ····· 423
13. 신깁스치료비 특별약관 ····· 425
【별표】 신깁스치료 분류표 ····· 426

제4장. 장기요양관련 특별약관 ····· 427
1. 장기요양간병비(1등급) 특별약관 ····· 427
1-1. 장기요양간병비(1등급) 특별약관 ····· 427

1-2. 장기요양간병비(1등급)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 427
2. 장기요양간병비(1~2등급) 특별약관 ····· 429
2-1. 장기요양간병비(1~2등급) 특별약관 ····· 429
2-2. 장기요양간병비(1~2등급)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 429
3. 장기요양간병비(1~4등급) 특별약관 ····· 431
3-1. 장기요양간병비(1~4등급) 특별약관 ····· 431
3-2. 장기요양간병비(1~4등급)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 431

제5장. 비용손해관련 특별약관 ····· 433
1. 교통사고합의비용Ⅳ(일반) 특별약관 ····· 433
【별표】 교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례) ····· 435
2. 교통사고합의비용Ⅳ(중상해) 특별약관 ····· 437
3. 벌금Ⅱ 특별약관 ····· 439
4. 벌금(대물) 특별약관 ····· 440
5. 자동차사고변호사선임비용Ⅲ 특별약관 ····· 442
6. 면허정지처리비용 특별약관 ····· 444
7. 면허취소처리비용 특별약관 ····· 445
8. 자동차사고성형치료비 특별약관 ····· 446
9. 승용차 운전중보복운전피해보장 특별약관 ····· 448
10. 법률비용손해(민사소송)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 449
【별표】 소송목적의 값에 따른 변호사비용 한도 ····· 450
【별표】 소송목적의 값에 따른 인지액 한도 ····· 450
11. 법률비용손해(행정소송)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 453
【별표】 소송목적의 값에 따른 변호사비용 한도 ····· 454
【별표】 소송목적의 값에 따른 인지액 한도 ····· 455
12. 의료사고법률비용(갱신형_20년) 특별약관 ····· 457
13. 보이스피싱손해(갱신형_20년) 특별약관 ····· 459
14. 홀인원비용(최초1회한)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 461
15. 알바트로스비용(최초1회한)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 462
16. 사이버명예훼손피해보장 특별약관 ····· 464
17. 인터넷직거래사기피해보장 특별약관 ····· 466

제6장. 재물손해관련 특별약관 ····· 468
0. 재물손해관련 공통약관 ····· 468
1. 골프용품손해(골프장내)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 474

제7장. 배상책임관련 특별약관 ····· 475
0. 배상책임관련 공통약관 ····· 475
1. 가족일상생활중배상책임Ⅲ(갱신형_1년) 특별약관 ····· 480

제8장. 제도성 특별약관 ····· 483
1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관 ····· 483
2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 ····· 486
【별표①】 특정신체부위 분류표 ····· 488
【별표②】 특정질병 분류표 ····· 489
3. 선지급서비스 특별약관 ····· 490
4. 보험료 자동납입 특별약관 ····· 491
5. 이륜자동차 운전중상해 부담보 특별약관 ····· 492
6. 특별조건부(할증보험료법 / 보험금감액법) 특별약관 ····· 493
7. 보험금대리청구인 지정서비스 특별약관 ····· 494
8. 장애인전용보험 전환 특별약관 ····· 495

별 표

【별표1】 장해 분류표 ····· 498
【별표2】 기타관계법령 ····· 516
【별표3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 539

특별약관 색인

□ 종별 가입가능 특별약관

- 종별로 가입가능한 특별약관은 아래와 같습니다.

보 장 명	1종	2종	3종	4종
기본계약(일반상해후유장해(80%이상))	●	●	●	●
기본계약(질병후유장해(80%이상)(감액없음))	●	●	●	●
일반상해사망	●	●	●	●
일반상해사망(갱신형_20년)	●	●	●	
일반상해후유장해(3~100%)	●	●	●	●
일반상해후유장해(20~100%)	●	●	●	●
일반상해후유장해(50%이상)	●	●	●	●
교통상해사망	●	●		
교통상해후유장해(80%이상)	●	●		
교통상해후유장해(3~100%)	●	●	●	●
신주말일반상해사망	●	●		
대중교통이용중교통상해사망	●	●		
골프중상해사망	●	●		
자전거탑승중상해사망	●	●		
일반상해입원비(1일-180일)	●	●	●	●
일반상해입원비(1일-180일)(갱신형_20년)	●	●		
일반상해수술동반입원비(1일-20일)	●	●	●	●
상해중환자실입원비(1일-180일)	●	●	●	●
교통상해입원비(1일-180일)	●	●		
골절진단비(치아파절제외)	●	●	●	●
골절진단비(치아파절제외)(갱신형_20년)	●	●		
교통상해골절진단비(치아파절제외)	●	●		
5대골절진단비	●	●	●	●
골절진단비(치아파절포함,연간1회한)	●	●		
골절진단비(치아파절포함,연간1회한)(갱신형_20년)	●	●		
골절진단비(치아파절제외)(1~5급)(연간1회한)	●	●	●	

보 장 명	1종	2종	3종	4종
골절진단비(치아파절제외)(1~5급)(연간1회한)(갱신형_20년)	●	●		
골절수술비	●	●	●	●
골절수술비(갱신형_20년)	●	●		
교통상해골절수술비	●	●		
5대골절수술비	●	●	●	●
골절수술비(1~5급)(연간1회한)	●	●	●	
골절수술비(1~5급)(연간1회한)(갱신형_20년)	●	●		
화상진단비	●	●	●	●
화상수술비	●	●	●	●
상해수술비	●	●	●	●
상해수술비(갱신형_20년)	●	●		
상해흉터복원수술비	●	●	●	
중대한화상및부식치료비	●	●	●	
중대한특정상해수술비	●	●	●	
강력범죄처리비용(갱신형_20년)	●	●		
자동차사고부상치료비	●	●		
상해1~5종수술비 II	●	●	●	●
상해1~5종수술비 II(갱신형_20년)	●	●		
아킬레스힘줄손상수술비	●	●	●	
무릎인대파열 및 연골손상수술비	●	●	●	
외상성척추손상수술비	●	●	●	
관절(무릎·고관절)손상수술비	●	●	●	
종합병원 일반상해입원비(1일-180일)	●	●	●	●
종합병원 일반상해입원비(1일-180일)(갱신형_20년)	●	●		
상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)	●	●	●	●
상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)(갱신형_20년)	●	●		

보 장 명	1종	2종	3종	4종
자동차사고입원비(1~14급)(1-180일)	●	●		
뇌·내장상해수술비	●	●	●	●
질병사망(감액없음)	●	●	●	●
질병사망(감액없음)(갱신형_20년)	●	●	●	
질병후유장해(80%이상)(감액없음)(갱신형_20년)	●	●		
질병후유장해(3~100%)(감액없음)	●	●	●	●
질병후유장해(3~100%)(감액없음)(갱신형_20년)	●	●	●	
질병후유장해(20~100%)(감액없음)	●	●	●	●
질병후유장해(20~100%)(감액없음)(갱신형_20년)	●	●		
질병입원비(1일-180일)	●	●	●	●
질병입원비(1일-180일)(갱신형_20년)	●	●		
질병중환자실입원비(1일-180일)	●	●	●	●
질병수술동반입원비(1일-20일)	●	●	●	●
질병수술비	●	●	●	●
질병수술비(갱신형_20년)	●	●		
질병수술비(특정3대질병제외)	●	●	●	●
질병수술비(특정3대질병제외)(갱신형_20년)	●	●		
암진단비(유사암제외)	●	●	●	●
암진단비(유사암제외)(갱신형_20년)	●	●	●	
유사암진단비	●	●	●	●
유사암진단비(갱신형_20년)	●	●	●	
암진단비(소액암 및 유사암제외)	●	●	●	●
암진단비(소액암 및 유사암제외)(갱신형_20년)	●	●	●	
고액치료비암진단비	●	●	●	●
고액치료비암진단비(갱신형_20년)	●	●		
11대특정암진단비	●	●	●	●
11대특정암진단비(갱신형_20년)	●	●		
암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)	●	●	●	
암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)	●	●		

보 장 명	1종	2종	3종	4종
(갱신형_20년)				
암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)	●	●	●	●
암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일) (갱신형_20년)	●	●		
요양병원 암입원비(1일-60일)	●	●	●	●
요양병원 암입원비(1일-60일)(갱신형_20년)	●	●		
요양병원 암입원비(1일-90일)	●	●	●	●
요양병원 암입원비(1일-90일)(갱신형_20년)	●	●		
암수술비III	●	●	●	●
암수술비III(갱신형_20년)	●	●		
암수술비IV	●	●	●	●
암수술비IV(갱신형_20년)	●	●		
유방수술비(유방암,유방의제자리암)	●	●		
자궁적출수술비 (여성생식기암,여성생식기의제자리암)	●	●		
항암방사선약물치료비	●	●	●	●
항암방사선약물치료비(갱신형_20년)	●	●		
암사망	●	●	●	●
암사망(갱신형_20년)	●	●		
재진단암III진단비(갱신형_20년)	●	●	●	
급성심근경색증사망	●	●	●	●
급성심근경색증진단비	●	●	●	●
급성심근경색증진단비(갱신형_20년)	●	●		
허혈성심질환사망	●	●	●	●
허혈성심질환진단비	●	●	●	●
허혈성심질환진단비(갱신형_20년)	●	●	●	
뇌출혈진단비	●	●	●	●
뇌출혈진단비(갱신형_20년)	●	●		
뇌졸중사망	●	●	●	●

보 장 명	1종	2종	3종	4종
뇌졸중진단비	●	●	●	●
뇌졸중진단비(갱신형_20년)	●	●		
뇌혈관질환사망	●	●	●	●
뇌혈관질환진단비	●	●	●	●
뇌혈관질환진단비(갱신형_20년)	●	●	●	
뇌졸중입원비(4일-120일)	●	●	●	
뇌졸중입원비(1일-180일)	●	●	●	●
뇌졸중 및 급성심근경색증입원비(4일-120일)	●	●		
뇌졸중 및 급성심근경색증입원비(1일-180일)	●	●	●	●
7대질병입원비(4일-120일)	●	●		
14대특정질병입원비(4일-120일)	●	●		
16대특정질병입원비(4일-120일)	●	●		
16대특정질병입원비(4일-120일)(갱신형_20년)	●	●		
34대특정질병수술비	●	●	●	
34대특정질병수술비(갱신형_20년)	●	●		
치핵수술비	●	●		
치핵수술비(갱신형_20년)	●	●		
노인성질환입원비(4일-120일)	●	●		
노인성질환수술비	●	●		
남성특정비뇨기계질환입원비(4일-120일)	●	●		
남성특정비뇨기계질환수술비	●	●		
부인과질병입원비(4일-120일)	●	●		
6대특정질병(여성전용)입원비(4일-120일)	●	●		
여성만성질병입원비(4일-120일)	●	●		
희귀난치성질환입원비(4일-120일)	●	●	●	
희귀난치성질환수술비	●	●	●	
충수염수술비	●	●	●	●
조혈모세포이식수술비	●	●		
간질환수술비	●	●		

보 장 명	1종	2종	3종	4종
말기간경화진단비	●	●	●	●
말기신부전증진단비	●	●	●	●
식중독입원비(4일~120일)	●	●		
특정전염병치료비	●	●	●	●
양성뇌종양진단비	●	●	●	●
중대한재생불량성빈혈진단비	●	●	●	●
류마티스관절염(항류마티스약제)진단비	●	●	●	●
중기이상 만성간질환진단비	●	●		
중기이상 만성간질환진단비(갱신형_20년)	●	●		
중기이상 만성신부전증진단비	●	●		
중기이상 만성신부전증진단비(갱신형_20년)	●	●		
중기이상 만성폐질환진단비	●	●		
중기이상 만성폐질환진단비(갱신형_20년)	●	●		
말기 만성폐질환진단비	●	●	●	●
말기 만성폐질환진단비(갱신형_20년)	●	●		
질병1~5종수술비II	●	●	●	●
질병1~5종수술비II(갱신형_20년)	●	●		
5대기관질병수술비II	●	●	●	●
5대기관질병수술비II(갱신형_20년)	●	●		
요실금수술비(급여_연간1회한)(갱신형_20년)	●	●		
뇌졸중수술비	●	●	●	●
뇌졸중 및 급성심근경색증수술비II	●	●	●	●
뇌혈관질환수술비	●	●	●	●
뇌혈관질환수술비(갱신형_20년)	●	●		
허혈성심질환수술비	●	●	●	●
허혈성심질환수술비(갱신형_20년)	●	●		
뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비	●	●	●	●
뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비(갱신형_20년)	●	●		
두 번째 뇌출혈진단비(갱신형_20년)	●	●		

보 장 명	1종	2종	3종	4종
두 번째 급성심근경색증진단비(갱신형_20년)	●	●		
갑상선암(초기제외)진단비	●	●	●	
갑상선암(초기제외)진단비(갱신형_20년)	●	●		
70대특정질병수술비	●	●	●	
70대특정질병수술비(갱신형_20년)	●	●		
피부질환수술비(연간1회한)	●	●	●	
피부질환수술비(연간1회한)(갱신형_20년)	●	●		
대상포진진단비	●	●	●	
대상포진진단비(갱신형_20년)	●	●		
대상포진눈병진단비	●	●	●	
대상포진눈병진단비(갱신형_20년)	●	●		
통풍진단비	●	●	●	
통풍진단비(갱신형_20년)	●	●		
혈전용해치료비(1회한)	●	●	●	●
혈전용해치료비(1회한)(갱신형_20년)	●	●		
말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비 (최초1회한)	●	●	●	●
말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비 (최초1회한)(갱신형_20년)	●	●		
이차암진단비(갱신형_20년)	●	●		
추간판장애수술비	●	●	●	
종합병원 질병입원비(1일~180일)	●	●	●	●
종합병원 질병입원비(1일~180일)(갱신형_20년)	●	●		
영구적장해동반뇌졸중II진단비	●	●	●	
영구적장해동반뇌졸중II진단비(갱신형_20년)	●	●		
간경변증(CP B이상)진단비	●	●		
간경변증(CP B이상)진단비(갱신형_20년)	●	●		
초기이상만성폐질환진단비	●	●		
초기이상만성폐질환진단비(갱신형_20년)	●	●		

보 장 명	1종	2종	3종	4종
만성폐쇄성폐질환진단비	●	●		
만성폐쇄성폐질환진단비(갱신형_20년)	●	●		
만성신장질환(CKD 3기이상)진단비	●	●		
만성신장질환(CKD 3기이상)진단비(갱신형_20년)	●	●		
3대질병진단비III	●	●	●	
3대질병진단비III(갱신형_20년)	●	●		
재진단3대질병진단비(갱신형_20년)	●	●	●	
병적골절동반 골다공증진단비	●	●	●	
병적골절동반 골다공증진단비(갱신형_20년)	●	●		
상급종합병원 질병입원비(1일-120일)	●	●	●	●
상급종합병원 질병입원비(1일-120일) (갱신형_20년)	●	●		
7대희귀난치성질환진단비	●	●	●	
7대희귀난치성질환진단비(갱신형_20년)	●	●		
요로결석진단비	●	●	●	
요로결석진단비(갱신형_20년)	●	●		
항암방사선약물치료비(연간1회한)	●	●	●	
항암방사선약물치료비(연간1회한)(갱신형_20년)	●	●		
8대기관 양성신생물(폴립포함)수술비(연간1회한)	●	●	●	
8대기관 양성신생물(폴립포함)수술비(연간1회한) (갱신형_20년)	●	●		
갑상선기능항진증치료비	●	●		
갑상선기능항진증치료비(갱신형_20년)	●	●		
5대장기이식수술비	●	●		
각막이식수술비	●	●	●	●
인공관절수술비	●	●	●	●
응급실내원비(응급)	●	●	●	●
응급실내원비(비응급)	●	●	●	●
깁스치료비	●	●	●	●

보 장 명	1종	2종	3종	4종
관절증(엉덩,무릎)수술비(이차성 및 상세불명제외)	●	●		
경도치매진단비(CDR1점이상)	●	●		
중증치매진단비(CDR3점이상)	●	●	●	●
중등도치매진단비(CDR2점이상)	●	●		
치매입원비(1일-180일)	●	●		
보험료납입지원III (일반상해·질병후유장해(80%이상))	●	●		
신깁스치료비	●	●	●	
장기요양간병비(1등급)	●	●	●	
장기요양간병비(1등급)(갱신형_20년)	●	●		
장기요양간병비(1~2등급)	●	●	●	
장기요양간병비(1~2등급)(갱신형_20년)	●	●		
장기요양간병비(1~4등급)	●	●	●	
장기요양간병비(1~4등급)(갱신형_20년)	●	●		
교통사고합의비용IV(일반)	●	●	●	
교통사고합의비용IV(중상해)	●	●	●	
벌금II	●	●	●	
벌금(대물)	●	●	●	
자동차사고변호사선임비용III	●	●	●	
면허정지처리비용	●	●	●	
면허취소처리비용	●	●	●	
자동차사고성형치료비	●	●		
승용차 운전중 보복운전피해보장	●	●		
법률비용손해(민사소송)(갱신형_20년)	●	●		
법률비용손해(행정소송)(갱신형_20년)	●	●		
의료사고법률비용(갱신형_20년)	●	●		
보이스피싱손해(갱신형_20년)	●	●		
홀인원비용(최초1회한)(갱신형_20년)	●	●		
알바트로스비용(최초1회한)(갱신형_20년)	●	●		

보 장 명	1종	2종	3종	4종
사이버명예훼손피해보장	●	●		
인터넷직거래사기피해보장	●	●		
골프용품손해(골프장내)(갱신형_20년)	●	●		
가족일상생활중배상책임III(갱신형_1년)	●	●	●	

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 발생함으로서 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, 장해, 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
계약자와 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 납입한 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 아래와 같음

종 구분	납입기간 중	납입기간 후
1종 (납입면제기본, 일반형)	책임준비금에서 해지공제액(미상각 신계약비)을 차감한 금액	해지환급금
2종 (납입면제확장, 일반형)	책임준비금에서 해지공제액(미상각 신계약비)을 차감한 금액	해지환급금
3종 (납입면제확장, 해지환급금 미지급형Ⅰ)	없음	2종 해지환급금의 100%
4종 (납입면제확장, 해지환급금 미지급형Ⅱ)	없음	2종 해지환급금의 10%

・해지공제액(미상각 신계약비) :
신계약을 청약하고 승낙하는 과정에서 소요되는 비용을 계약체결비용이라 하며, 일정기간 동안 보험료에서 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. 중도인출

○ 회사는 보험계약일로부터 2년 이상 경과된 유효한 계약에 대하여 계약자의 신청이 있는 경우 매 보험년도마다 4회를 한도로 중도인출금을 지급합니다.

○ 중도인출금은 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80%의 범위 내에서 신청할 수 있으며, 중도인출금의 총 누적액은 중도인출금을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80%를 한도로 합니다. 다만, 이 계약에 의한 대출금이 있을 때에는 그 대출원금과 이자의 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다. 단, 3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ), 4종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅱ)에 대해서는 중도인출하여 드리지 않습니다.

9. 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 알리셔야 합니다.

10. 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.

11. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 보험계약자 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.

○ 법령연계 관련 담보

- 법령에 연계하여 보장하는 담보의 경우(예 : 장기요양간병비 등) 관련 법령의 개정에 따라 변경된 기준을 적용하여 보장합니다.
- 관련 법령이 폐지 또는 변경되어 보상하는 손해의 판정이 불가능한 경우에는 회사는 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

○ 갱신형 보장

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

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 상품은 종별 보험료 납입면제 사유를 달리 적용합니다.
- 1종의 경우 보험료 납입기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

  가. 상해로 장해지급률이 80%이상에 해당되는 후유장해 상태가 되었을 경우

  나. 진단확정된 질병으로 장해지급률이 80%이상에 해당되는 후유장해

상태가 되었을 경우

- 2~4종의 경우 보험료 납입기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
  가. 상해로 장해지급률이 80%이상에 해당되는 후유장해 상태가 되었을 경우
  나. 진단확정된 질병으로 장해지급률이 80%이상에 해당되는 후유장해 상태가 되었을 경우
  다. 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
  라.「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우
  마.「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우
  바.「말기만성폐질환」으로 진단확정되었을 경우
  사.「말기간경화」로 진단확정되었을 경우
  아.「말기신부전증」으로 진단확정되었을 경우
- 1종 및 2종의 경우 보장보험료 납입면제가 된 경우에 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.
- 보장보험료 납입면제에도 불구하고 갱신형 특별약관은 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

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.
- 3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ), 4종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅱ)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않는 대신 2종(납입면제확장,일반형) 대비 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
- 3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ), 4종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅱ)의 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해지환급금은 지급하지 않습니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 해지환급금은 아래와 같습니다.

계약의 해지시점	3종 (납입면제확장,해지환급금 미지급형Ⅰ)	4종 (납입면제확장,해지환급금 미지급형Ⅱ)
보험료 납입기간 중	없음	없음
보험료 납입기간 완료 이후	2종(납입면제확장,일반형) 해지환급금의 100%	2종(납입면제확장,일반형) 해지환급금의 10%

- 3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ), 4종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅱ) 가입시 2종(납입면제확장,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, CI보험 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 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

○ 간병 관련 보장

- '중증치매상태'란 약관의 치매분류표에 해당하는 치매로 확정되고, 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 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.kr를 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 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 이 계약에 의한 보상책임액의 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.

【가입 초기 해지환급률 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】

(3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ), 4종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅱ) 가입자에 한함)

- 사례

A씨는 3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ)을 20년동안 보험료를 납입하는 구조로 가입하고 성실하게 보험료를 납부해오다 15년 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으나 해지환급금이 없는 것에 대한 민원 제기

- 유의사항

3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ), 4종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅱ)은 납입기간 중에 해지시 해지환급금이 없는 반면 2종(납입면제확장,일반형) 대비 낮은 보험료로 가입하실 수 있습니다.

납입기간 중 해지환금금 및 보험료 수준	2종	>	3종, 4종

【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.

【자동갱신 및 갱신시 보험료 인상 관련】

- 사례

A씨는 갱신형 보장에 대한 자동갱신 안내문을 받고 갱신형 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

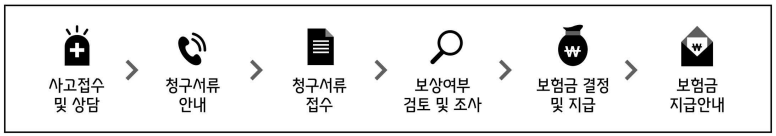
A씨는 질병보험에 가입 후 뇌졸중(I64) 진단을 받고 보험금을 청구하였으나, 보험금 지급이 거절되어 민원 제기

- 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 (영등포동2가) 흥국생명빌딩 9층 사고접수 담당자
- 담당부서 및 담당자 연락처, 예상지급기일 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 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.
- 보험회사가 손해사정법인을 선임하는 경우 그 비용은 보험회사가 부담하며 가입자가 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 가입자가 부담하셔야합니다.

□ 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 고객서비스팀
- 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	100만원 이하	콜센터로 사고접수 후 팩스번호 발급 (☎ 1688-1688>4>0>상담사연결)
홈페이지		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.

구 분	구비서류	발급처
공통서류	- 보험금청구서 (개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 포함) - 주민등록 사본 - 가족관계 확인 필요시 : 가족관계 확인서류 (가족관계증명서, 혼인관계증명서) * 배우자, 자녀등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등	당사양식 시/군/구청 및 읍/면/동 행정복지센터
	- 대리인 청구시 : 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서 - 재해사고시 : 사고입증서류 (표아래 참고)	
사망	- 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)	경찰서 시/군/구청 및 읍/면/동 행정복지센터 진료병원

의료비	입원	- 진단서[단, 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원 확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 갈음] - 입퇴원확인서(진단서에 입원기간이 포함된 경우는 제외)	진료병원
	통원	- 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, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 등 제외 ※ 처방전 : 환자가 요구하는 경우 2부 발행 가능(무료) - 보험금여지급확인서	
후유장해		- 후유장해진단서 ※ 발급전 당사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다.	종합병원 (대학병원)
		※ (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	진료병원

	- [예시] 암 : 조직검사 결과지, 뇌졸중·심근경색 : 정밀검사결과지(CT, MRI, 심전도 등)	
골절	- 진단서·처방전·진료확인서·소견서·진료차트 등 진단명이 포함된 서류	진료병원
수술	- 진단서·수술확인서 등 진단명, 수술명, 수술일자가 포함된 서류	진료병원
신생아 입원비	- 진단서[단, 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 갈음] - 입퇴원확인서(진단서에 인큐베이터 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 추간판 탈출증(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) 사고사실확인서 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. 교통상해

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

구 분	구비서류	발급처
공통서류	- 보험금청구서 (개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 포함) - 청구인 신분증 사본 - 가족관계 확인 필요시 : 가족관계 확인서류 (가족관계증명서, 혼인관계증명서) * 배우자, 자녀등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등	당사양식 시/군/구청 및 읍/면/동 행정복지 센터
	- 대리인 청구시 : 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서 - 재해사고시 : 사고입증서류 (표아래 참고)	
사망	- 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 피보험자 기본증명서(사망사실 기재)가 첨부된 사망진단서(사체검안서) 사본(원본대조필 포함)	경찰서 시/군/구청 및 읍/면/동

		※ (수익자 미지정시)추가 요청서류 - 상속관계 확인서류(예시 : 가족관계 증명서, 혼인증명서 등) - 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)	행정복지센터 진료병원
후유장해		- 후유장해진단서 ※ 발급전 당사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다	종합병원 (대학병원)
		※ (일반)진단서로 대체 가능한 장해 · 사지절단 : 절단부위, 환자상태 기재, X-ray필름 첨부 · 인공관절치환술 : 수술명, 수술일자 기재 · 비장, 신장적출 : 비장, 신장적출 수술일 기재	
의료비 및 입원일당	자동차 보험처리	- 사고처리확인서(자사 자동차보험 처리시 생략가능)	해당 보험사
	자동차 보험 미처리	- 교통사고사실확인원 - 입(통)원확인서(진단명 필수기재) - 진료비영수증 - 진료비 세부내역서 - 경찰서 미신고시 기타사고 증빙서류 제출(초진차트 등)	경찰서 진료병원
면허정지처리비용		교통사고사실확인원 면허정지 행정처분 확인원(교육必後) 운전경력 증명서	경찰서 법원 면허 시험장
면허취소처리비용		교통사고사실확인원	경찰서

	면허취소 행정처분 확인원 운전경력 증명서	법원 면허 시험장
벌금	- 교통사고사실확인원, 약식명령서, 벌금영수증	경찰서, 법원
교통사고합의비용 (중상해 포함)	- 교통사고사실확인원 - 피해자진단서 - 경찰서에 제출된 형사합의서(합의금액 명시), 공소장(미합의시)공탁서 및 피해자 공탁금 출금 확인서	경찰서, 법원
자동차사고부상	- 자동차보험에서 보상받은 경우 · 해당 자동차보험의 보상처리확인서 - 자동차보험에서 보상받지 못한 경우 · 자동차사고를 입증할 수 있는 서류 (경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해 견적서, 차량피해사진 등) · 상해등급을 판단할 수 있는 서류 (진단서 등)	보험사, 병원, 경찰서
◆ 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 추간판 탈출증(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) 사고사실확인서		

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

3. 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 챠트 - 일자별 영수증 및 약국영수증(병원처방전필수) * 카드 결제 영수증은 증빙서류가 아님 - 초진기록지
대인	치료비	피해자 신분증 진단서 또는 초진차트(진단명 명시)
		치료비 영수증 입원확인서(입원시) 상급병실 사용 확인서(법정전염병 또는 중환자로서 특별히 인정되는 경우 지급) 개호소견서 향후 치료비 추정서(치료 현재시점 이후에 지속적 가료를 요하는 경우)
	휴업손해	- 피해자 소득 입증자료 (근로소득 원천징수 영수증, 최근 3개월간 임금 대장, 근로계약서 등)
	후유장해	- 후유장해 진단서(맥브라이드식 장해평가) * 발급時 보상담당자와 상의하시기 바랍니다.
	사망	- 사망진단서 (사체검안서) - 가족관계증명서, 기본증명서(망자의 기본증명서 및 각 상속인의 기본증명서 포함) - 제적등본 - 통장사본 - 법정상속인이 다수인 경우 대표자에게 위임時 각각의 위임장 및 인감증명서 첨부
대물		- 피해자 신분증 - 파손사진 - 피해물의 등록증(차량등록증, 건물등기부등본 등) - 수리불가 확인서(수리 불가시) - 수리비 영수증

4. 화재/도난

※ 사고에 따라 담당자가 추가서류 또는 원본서류를 요구할 수 있습니다.

구 분		구비서류
공통서류		- 보험금청구서(재물·배상) - 위임장 및 위임자 인감증명서(보험금을 타인에게 위임할 때) - 보험금수취인의 신분증 및 통장사본 - 사업자등록증 - 화재사실확인원(경찰서), 화재증명원(소방서) - 수리 및 재조달 견적서, 영수증(수리업체, 재건축업체, 구입업체)
화재 사고	건물	- 건물등기부등본 - 건축물 관리대장 - 임대차 계약서
	기계	- 기계 관리대장 - 감정평가서(질권물건) - 리스계약서(리스물건)
	시설/ 집기비품	- 시설 개보수 확인서류(건물주, 계약자 등) - 집기비품 관리대장
	가재도구	- 주민등록등본 - 가재도구 명세서
	동산	- 재고 및 손해명세서 - 수불대장 - 임가공계약서, 작업지시서
	중기	- 중기등록원부(사본), 수입면장(수입품) - 운전경력 증명서, 재직증명서 - 리스계약서(리스물건), 임대차 계약서, 도급 계약서
		- 신품 · 중고 견적서, 수리 견적서 - 기술소견서
도난 사고	공통서류	- 보험금청구서 - 위임장 및 위임자 인감증명서(보험금을 타인에게 위임할 때) - 보험금수취인의 신분증 및 통장사본 - 사업자등록증 - 도난사고접수 확인원(경찰서)
	현금도난	- 시제내역(현금시제표) - 거래원장 - 거래영수증
	물품도난	- 최초구입영수증 - 신품견적서 - 자산대장
	상품권/ 유가증권 도난	- 시제내역(현금시제표) - 거래원장 - 거래영수증 - 도난된 유가증권의 번호가 기재된 신문 공시문 - 제권판결문, 제권판결에 소요된 비용 영수증

· 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, 질병, 비용손해 등에 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(신체손해 보장 및 비용손해보장의 지급사유가 발생하는 때에 한합니다) 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, 의치등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치등 신체에 이식되어 그 기능을 대신한 경우는 포함합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
보험가입금액	보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
한국표준질병·사인분류	한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준 통계를 세계보건기구(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 시점의 이율을 말합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료/보험업무」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

용 어	정 의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일, 대체공휴일 및 근로자의 날을 제외합니다.

5. 보험료 관련 용어

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

보장보험료	손해를 보장하는데 필요한 보험료(보장부분에 해당하는 회사의 사업경비를 포함합니다)를 말합니다
적립보험료	회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(적립부분에 해당하는 회사의 사업경비를 포함합니다)를 말합니다.
적립부분 순보험료	적립보험료에서 적립부분에 해당하는 회사의 사업경비를 공제한 보험료를 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 갱신 된 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 : 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 : 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 「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
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.

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.

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 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.
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 제6호에 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 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 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 질병의 진단확정일부터 2년 이내
   나. 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. 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 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 장해상태에 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 제6호에 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) 제1호 및 제2호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료

기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다. 또한 제29조(보험료 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제도 적용하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 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 제29조(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 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

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, 화재손해 및 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 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조

(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청(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 제18조(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)

① 회사는 보험계약일부터 2년 이상 경과된 유효한 계약에 대하여 계약자의 신청이 있는 경우 매보험년도마다 4회를 한도로 중도인출금을 지급합니다. 단, 3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ), 4종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅱ)에 대해서는 중도인출하여 드리지 않습니다.

보험년도

보험계약일부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2020년 8월 15일인 경우 보험년도는 8월 15일부터 다음년도 8월 14일까지 1년입니다.

② 제1항의 중도인출금은 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액의 80%의 범위 내에서 신청할 수 있습니다. 다만, 이 계약에 의한 대출금이 있을 때에는 그 대출원금과 이자의 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.

중도인출금의 한도 예시

중도인출 시점에 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 의해 산출된 기본계약 해지환급금과 기본계약 적립부분 해지환급금 중 적은 금액이 100만원인 경우

⇒ 총 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원

⇒ 이미 신청한 대출금이 있는 경우(원리금 합계를 30만원으로 가정)
중도인출 가능액 = 80만원(총 중도인출 가능액) - 30만원 = 50만원

③ 계약자가 제1항의 중도인출금 신청에 따라 중도인출금을 지급받은 경우 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 기본계약 적립부분 책임준비금에서 해당 중도인출금액을 차감합니다.

보험료 및 책임준비금 산출방법서

이 보험의 보험료, 책임준비금, 해지환급금 등의 산출에 대하여 수식으로 기재해 놓은 서류를 말합니다.

④ 중도인출시 기본계약 적립부분 책임준비금에서 인출금액 및 인출금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 만기환급금 또는 해지환급금이 감소합니다.

책임준비금

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

제10조(공시이율의 적용 및 공시)

① 이 상품에서 1종(납입면제기본,일반형) 및 2종(납입면제확장,일반형)의 적립부분 책임준비금 계산시 적용되는 이율은 매월 1일 회사가 정한 공시이율(보장)로 합니다.

공시이율

전통적인 보험상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우 이에 대응하지 못하는 점을 고려하여 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간 마다 변동되는 이율을 말합니다.
이 보험의 공시이율은 매월 회사의 인터넷홈페이지 (www.heungkukfire.co.kr)의 "공시실"내 "상품공시/적용이율"에 공시합니다.

② 제1항의 공시이율(보장)은 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.

사업방법서

이 보험의 사업방법서는 회사의 인터넷홈페이지(www.heungkukfire.co.kr)의 "공시실" 내 "상품공시"에서 공시합니다.

운용자산이익률

직전 1년간의 운용자산에 대한 투자영업수익과 투자영업비용 등을 고려하여 산출합니다.

외부지표금리

국고채 수익률, 회사채 수익률, 통화안정증권 수익률, 양도성예금증서 유통수익률을 고려하여 산출합니다.

③ 보험기간 중에 제1항의 공시이율(보장)이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 0.3%로 합니다.

최저보증이율

공시이율(보장)이 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를들어, 최저보증이율이 0.3%인 경우 공시이율(보장)이 0.25%로 낮아지더라도 적립금은 공시이율(보장)(0.25%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 적립됩니다. 따라서 계약자는 공시이율(보장)이 아무리 낮아지더라도 최저보증이율로 적립한 적립금은 보장받을 수 있습니다.

④ 회사는 제1항에서 정한 공시이율(보장)을 매월 회사의 인터넷홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제11조(만기환급금의 지급)

① 회사는 계약자가 보험료를 완납하고 보험기간이 끝난 때에 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다. 이때 만기환급금은 적립부분 순보험료(적립보험료에서 적립부분 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 이 계약의 공시이율(보장)로 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다. 단, 3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ), 4종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅱ)에 대해서는 만기환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항의 만기환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자, 기 인출된 중도인출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계액을 빼고 지급합니다.

보험계약대출

계약자가 자신이 가입한 보험을 담보로 하여 받는 대출을 말합니다.

③ 제1항의 공시이율(보장)이 보험기간중에 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제10조(공시이율의 적용 및 공시)에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리 0.3%로 합니다.

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

⑤ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」(【별표3】 참조)에 따릅니다.

제12조(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.

제13조(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.

제14조(보험수익자의 지정)

① 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 아래에서 정한 자로 합니다.

1. 만기환급금의 경우에는 보험계약자
2. 사망보험금의 경우에는 피보험자의 법정상속인
3. 사망보험금 이외의 보험금을 보장하는 경우에는 해당 계약의 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 보험수익자

로 합니다.

법정상속인
피상속인의 사망으로 인해 민법에서 정한 상속의 순위에 따라 상속인이 되는 자를 말합니다.

제15조(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

제16조(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 하더라고 회사는 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제17조(상해보험 계약후 알릴 의무)
① 상해보험 계약의 경우 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우
2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

직업

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

직무

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제24조(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.

제18조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 다음 각 호와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제17조(상해보험 계약후 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 제39조(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 제17조(상해보험 계약후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

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

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

⑧ 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 보며, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제19조(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

제20조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

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

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

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

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료

사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장 또는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 이 약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제21조(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, 만65세 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.

보험계약대출이율

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

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.

제22조(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(설명의무의 중요사항등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(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 속할것

나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을것

다. 전자서명이 있은 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을것

라. 전자서명이 있은 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을것

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.

제23조(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 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제24조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ), 4종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅱ)의 경우 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.

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

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

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 제39조(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 만기환급금 또는 해지환급금보다 적거나 많아질 수 있습니다.

설 명

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

제25조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제23조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.(단, 계약해당일이 없는 경우 해당 월의 마지막 날로 합니다.)

③ 청약서류에 적힌 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증 이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 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

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

예시2)
계약일 : 2020년 11월 13일

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

제26조(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 적립한 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

제26조의2(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

제27조(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 자동이체신청 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 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일

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

④ 회사는 제3항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제16조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제18조(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.

제28조(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.

제29조(보험료 납입면제)

이 상품은 1~4종으로 운영하며, 종별 보험료 납입면제 사유는 아래와 같이 달리 적용합니다.

【 1종 가입자용 】

① 회사는 1종에 가입한 피보험자가 보험료 납입기간 중 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

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

② 제1항에 따라 피보험자의 보장보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후 적립보험료의 납입을 중지합니다.

③ 제1항에도 불구하고 제도성 특별약관「제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」에서 정한 「갱신형 보장특약」의 보험료는 납입면제에서 제외합니다.

④ 제1항에도 불구하고 제도성 특별약관 「제8장 2. 특정신체부위·질병보장제한부 인수 특별약관」에서 정한 면책기간 중에 특별면책 조건에 해당하는 사유로 제1항의 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료 납입면제를 적용하지 않습니다.

⑤ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

【 2~4종 가입자용 】

① 회사는 2~4종에 가입한 피보험자가 보험료 납입기간 중 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

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 제30조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제8항 제3호에서 정한 암보장개시일 이후 제30조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제8항에서 정한 「암」으로 진단확정되었을 경우
4. 보험료 납입기간 중 보장개시일 이후에 제30조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제9항에서 정한 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우
5. 보험료 납입기간 중 보장개시일 이후에 제30조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제10항에서 정한 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우
6. 보험료 납입기간 중 보장개시일 이후에 제30조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제11항에서 정한 「말기 만성폐질환」으로 진단확정되었을 경우
7. 보험료 납입기간 중 보장개시일 이후에 제30조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제12항에서 정한 「말기간경화」으로 진단확정되었을 경우
8. 보험료 납입기간 중 보장개시일 이후에 제30조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제13항에서 정한 「말기신부전증」으로 진단확정되었을 경우

② 2종(납입면제확장,일반형)의 경우 제1항에 따라 피보험자의 보장보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후 적립보험료의 납입을 중지합니다.

③ 제1항에도 불구하고 제도성 특별약관「제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」에서 정한 「갱신형 보장특약」의 보험료는 납입면제에서 제외합니다.

④ 제1항에도 불구하고 제도성 특별약관 「제8장 2. 특정신체부위·질병보장제한부 인수 특별약관」에서 정한 면책기간 중에 특별면책 조건에 해당하는 사유로 제1항의 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료 납입면제를 적

용하지 않습니다.

⑤ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제30조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)

① 제29조(보험료 납입면제)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 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 제29조(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 부위에 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(2~4종 가입자에 한함)

1. 제29조(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.

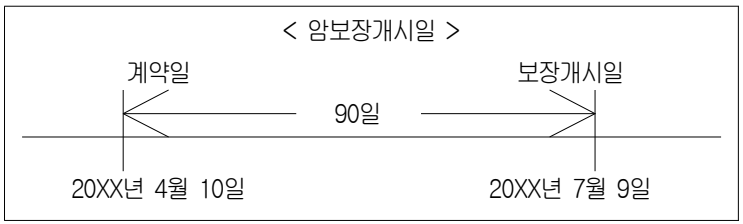
[유의사항]

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 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.



⑨「뇌졸중」의 정의 및 진단확정(2~4종 가입자에 한함)

1. 제29조(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 「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 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 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상검사법

[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. 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

⑩「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정(2~4종 가입자에 한함)

1. 제29조(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 심장효소검사 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「말기 만성폐질환」의 정의 및 진단확정(2~4종 가입자에 한함)

1. 제29조(보험료 납입면제) 제1항의 「말기 만성폐질환」이라 함은 「만성폐질환 분류표」(【별표④】 참조)에서 정한 질병 중에서 폐장이 비가역적인 기능부전을 보여서 그 결과 평지에서의 보행에도 호흡곤란이 있는 상태로서 다음의 한 가지 기준 이상에 해당되어야 합니다.
   가. 폐기능 검사에서 최대한 노력하여 잘 불었을 때 1초간 노력성 호기량(FEV1.0)이 지속적으로 정상예측치의 30% 이하
   나. 비가역적인 만성 저산소증으로서 안정상태에서의 동맥혈 가스분석검사(ABGA)상 동맥혈 산소분압(PaO2)이 60 ㎜Hg 이하
2. 제1항에도 불구하고 폐기능 검사성적과 동맥혈 가스분석검사는 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.
3. 「말기 만성폐질환」의 진단 확정은 정기적인 흉부X선 소견, 폐기능 검사, 동맥혈 가스검사 등을 확인한 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「말기 만성폐질환」의 조사나 확인을 위하여 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑫「말기간경화」의 정의 및 진단확정(2~4종 가입자에 한함)

1. 제29조(보험료 납입면제) 제1항의 「말기간경화」이라 함은 만성 말기간경화를 의미하며 다음 중 한 가지의 증상이 나타나야 합니다.
   가. 통제가 불가능한 복수증
   나. 영구적인 황달
   다. 위나 식도벽의 정맥류
   라. 간성 뇌증
2. 제1항의 말기간경화의 진단확정은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소 간주사(Radioisotope Liver Scan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부 전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다.

⑬「말기신부전증」의 정의 및 진단확정(2~4종 가입자에 한함)

1. 제29조(보험료 납입면제) 제1항의 「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 말기신부전증의 진단확정은 의료기관의 의사(치과의사 제외)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.
3. 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

⑭ 2~4종 가입자에 한하여 제29조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호에도 불구하고 피보험자가 「암보장개시일」 전일 이전에 진단확정된 「암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제29조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

① 약관에 규정하는 암(악성신생물)으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는

경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 암(악성신생물) 해당 여부를 판단합니다.

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 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표②】 뇌졸중 분류표

① 약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌졸중 해당 여부를 판단합니다.

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 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표

준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표③】 급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당 여부를 판단합니다.

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

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표④】 만성폐질환 분류표

① 약관에 규정하는 만성폐질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 만성폐질환 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
단순성및점액화농성만성기관지염	J41
상세불명의만성기관지염	J42
폐기종	J43
기타만성폐색성폐질환	J44
기관지확장증	J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
성인호흡곤란증후군	J80
폐부종	J81
기타 간질성 폐질환	J84
달리 분류되지 않은 호흡부전	J96

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제31조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제40조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

자동대출납입

보험료를 제때에 내기 곤란한 경우에 가입한 보험 상품의 해지환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 처리해 주는 서비스입니다.

② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

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

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제39조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급합니다.

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

⑥ 제1항에도 불구하고 3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ), 4종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅱ)에 대해서는 보험료의 자동대출납입을 적용하지 않습니다.

제32조(보험료납입유예제도에 의한 보험료 대체납입)

① 계약자는 보험계약일로부터 3년이 경과된 이후부터 회사가 정한 방법에 따라 보험료 납입유예를 신청할 수 있습니다. 이 경우 보험료 납입유예 기간동안 보험료를 납입하지 아니할 수 있습니다.

② 납입유예 기간은 해당 납입기일에 적립부분 해지환급금에서 제5항에서 정한 납입유예 대체보험료 전액의 대체납입이 가능한 기간 이내로 하며, 최대 1년 이내로 합니다. 단, 납입유예 기간 중 납입유예 대체보험료 전액의 대체납입이 불가능할 경우 그때부터 납입유예 기간은 종료되며 계약자는 보험료 납입기일까지 해당 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 회사는 납입유예 기간 중 최종 납입유예 대체보험료 대체일로부터 15일 이내에 계약자에게 보험료 납입을 안내하고 계약자는 최종 납입유예 대체보험료 대체 후 도래하는 납입기일까지 보험료를 납입하여야 합니다.

④ 회사는 납입유예 기간 동안의 계약유지를 위해 해당납입기일에 납입유예 대체보험료를 적립부분 해지환급금 범위 내에서 대체납입합니다.

⑤ “납입유예 대체보험료”라 함은 계약자가 제1항에 의한 납입유예를 신청한 경우 납입유예기간 동안 적립부분 해지환급금에서 대체되는 금액을 말합니다. 단, 납입유예 기간의 위험보험료와 부가보험료(계약관리비용(기타비

용) 제외) 및 특약이 부가된 경우 특약 보험료(계약관리비용(기타비용) 제외)의 합계액을 말합니다.

1. 위험보험료 : 보장보험료에서 부가보험료를 제외한 금액을 말합니다.
2. 부가보험료 : 회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 금액을 말합니다.
3. 계약관리비용(기타비용) : 부가보험료의 일부로서 보험료의 수금에 필요한 경비를 말합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ), 4종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅱ)에 대해서는 보험료를 납입유예하여 드리지 않습니다.

제33조(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 있은 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을것
라. 전자서명이 있은 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을것

⑥ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제39조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제33조(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 제16조(계약 전 알릴 의무), 제18조(알릴 의무 위반의 효과), 제19조(사기에 의한 계약), 제20조(보험계약의 성립) 및 제27조(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 제18조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제35조(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 제24조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

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

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

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

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

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 국세기본법 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

제36조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게

지급합니다.
다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제23조(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 제39조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제37조(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 제39조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 지급합니다.

제38조(회사의 파산선고와 해지)

① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제39조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제39조(해지환급금)

[1종(납입면제기본,일반형), 2종(납입면제확장,일반형)]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 계산합니다.
이때, 적립부분 순보험료에 대하여는 회사는 제1회 보험료를 받은 날부터 이 계약의 공시이율(보장)을 적용합니다.

② 제1항의 공시이율(보장)이 보험기간중에 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제10조(공시이율의 적용 및 공시)에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리 0.3%로 합니다.

③ 제1항의 해지환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자, 기 인출된 중도인출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계액을 빼고 지급합니다.

④ 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.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

[3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ), 4종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅱ)]

① 이 약관에 따른 해지환급금은 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 따라 계산합니다. 단, 3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ), 4종(납입면제확장,해약환급금 미지급형Ⅱ)은 보험료 납입기간 중 이 계약이 해지된 경우에는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청

구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」(【별표3】 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

해지환급금 관련 유의사항

○ 3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ), 4종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅱ)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않는 대신 2종(납입면제확장,일반형) 대비 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.

구분	보험료 납입기간 중	보험료 납입기간후
3종 (납입면제확장, 해지환급금미지급형Ⅰ)	없음	2종(납입면제확장,일반형) 해지환급금의 100%
4종 (납입면제확장, 해지환급금미지급형Ⅱ)		2종(납입면제확장,일반형) 해지환급금의 10%

○ 3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ)의 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해지환급금은 지급하지 않습니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 2종(납입면제확장,일반형)의 해지환급금과 동일합니다.

○ 4종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅱ)의 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해지환급금은 지급하지 않습니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 2종(납입면제확장,일반형) 해지환급금의 10%를 지급합니다.

○ 회사는 3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ), 4종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅱ) 가입시 2종(납입면제확장,일반형)의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

제40조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 '보험계약대출' 이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 3종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅰ), 4종(납입면제확장,해지환급금미지급형Ⅱ)의 경우 보험계약대출을 운용하지 않습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 회사는 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제41조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제42조(분쟁의 조정)

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

제43조(관할법원)

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

제44조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 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 못할수 있습니다.

제45조(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.

제46조(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 청약을 권유하기 위해 만든 서류 등을 말합니다.

제47조(회사의 손해배상책임)

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

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

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

현저하게 공정을 잃은 합의

사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말한다.

제48조(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.

제49조(준거법)

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

제50조(예금보험에 의한 지급보장)

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

예금자보호제도

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

특 별 약 관

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

제1장. 상해관련 특별약관

1. 일반상해사망 특별약관
1-1. 일반상해사망 특별약관
1-2. 일반상해사망(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. 일반상해사망보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
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 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 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 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)
① 이 특별약관 제1조(보험금 지급사유)의 일반상해사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

2. 일반상해후유장해(3~100%) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 일반상해후유장해(3~100%)보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 3%이상 100%이하에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
일반상해후유장해(3~100%)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 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 「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(3~100%) 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 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단 확정된 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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

3. 일반상해후유장해(20~100%) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 일반상해후유장해(20~100%)보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 20%이상 100%이하에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
일반상해후유장해(20~100%)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 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 「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(20~100%) 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 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단 확정된 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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

4. 일반상해후유장해(50%이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 일반상해후유장해(50%이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 「장해분류표」(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
일반상해후유장해(50%이상)보험금	이 특별약관 보험가입금액

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 기간

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

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 「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.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해후유장해(50%이상)보험금 지급사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

5. 교통상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 교통상해사망보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
교통상해사망보험금	이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 「교통사고」라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.

<운전자>

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 「자동차 이외의 교통수단」(이하 '기타교통수단'이라 합니다)에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 교통사고
3. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

<비운전자>

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 「자동차 이외의 교통수단」(이하 '기타교통수단'이라 합니다)에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

②「자동차」라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 건설기계 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7.「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

③「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

④ 제1항에서 「기타교통수단」이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 제2항 제2호의 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

제3조(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 법

률」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 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 아래의 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생된 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되고 있는 동안 발생된 손해
5. <비운전자>의 경우 자동차를 직접 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 교통상해사망보험금 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

6. 교통상해후유장해(80%이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 교통상해후유장해(80%이상)보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 「장해분류표」(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
교통상해후유장해(80%이상)보험금	이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 「교통사고」라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.

<운전자>

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 「자동차 이외의 교통수단」(이하 '기타교통수단'이라 합니다)에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 교통사고

3. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

<비운전자>

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 「자동차 이외의 교통수단」(이하 '기타교통수단'이라 합니다)에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

② 「자동차」라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

③ 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

④ 「기타교통수단」이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 제2항 제2호의 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

제3조(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, 장해분류표에 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 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자

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

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

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

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 아래의 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생된 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되고 있는 동안 발생된 손해
5. <비운전자>의 경우 자동차를 직접 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 교통상해후유장해(80%이상) 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 계약은 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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

7. 교통상해후유장해(3~100%) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 교통상해후유장해(3~100%)보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 「장해분류표」(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 3%이상 100%이하에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
교통상해후유장해(3~100%)보험금	이 특별약관 보험가입금액 × 「장해분류표」에서 정한 장해지급률

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 「교통사고」라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.

<운전자>

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 「자동차 이외의 교통수단」(이하 '기타교통수단'이라 합니다)에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 교통사고
3. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

<비운전자>

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 「자동차 이외의 교통수단」(이하 '기타교통수단'이라 합니다)에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

② 「자동차」라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

③ 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

④ 「기타교통수단」이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 제2항 제2호의 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

제3조(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, 장해분류표에 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 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

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

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

예시 : 교통상해후유장해(3~100%) 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 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 아래의 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

5. <비운전자>의 경우 자동차를 직접 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

8. 신주말일반상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 신주말일반상해사망보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 신주말일반상해의 직접결과로써 사망한 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
신주말일반상해사망보험금	이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 「신주말」이라 함은 사고발생지의 표준시를 기준으로 금요일, 토요일, 법정공휴일(일요일 포함) 및 근로자의 날을 말합니다.

제3조(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 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 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)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 신주말일반상해사망보험금 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

9. 대중교통이용중교통상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 대중교통이용중교통상해사망보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 승객으로서 대중교통이용중교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
대중교통이용중교통상해사망보험금	이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 「대중교통이용중교통사고」라 함은 다음 각 호에 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.

1. 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중 일어난 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 일어난 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장 내 대기중 일어난 교통사고

② 제1항에서 「대중교통수단」이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 다음의 교통수단을 말합니다.

1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
3. 여객자동차운수사업법시행령 제3조의 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및고속버스(전세버스 제외)
4. 여객자동차운수사업법시행령 제3조의 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
5. 여객수송용 선박

제3조(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 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 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 아래의 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생된 손해

2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되고 있는 동안 발생된 손해

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 대중교통이용중교통상해사망보험금 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

10. 골프중상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 골프중상해사망보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 골프시설(골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장, 탈의실 등 그 이외의 부속시설 포함) 구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식 포함)중에 입은 상해의 직접결과로써 사망한 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
골프중상해사망보험금	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 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 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)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 골프중상해사망보험금 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지

않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

11. 자전거탑승중상해사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 자전거탑승중상해사망보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 자전거탑승중 사고로 신체에 입은 상해의 직접결과로써 사망한 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
자전거탑승중상해사망보험금	이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

①「자전거」라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2륜이상의 차(도로교통법 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물을 포함합니다)을 말합니다.

②「자전거 탑승중」이라 함은 자전거를 운전중이거나, 운행중인 자전거에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있는 것을 말합니다.

③「자전거를 운전중」이라 함은 피보험자가 자전거 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조(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 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 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 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 자전거를 이용하여 산악지대를 오르내리는 행위 또는 이와 비슷한 위험한 활동을 하고 있는 동안 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 아래의 사유로 인하여 발생한 손해에 대

하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자전거에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생된 손해 2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자전거의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 자전거탑승중상해사망 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 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 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

12. 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관

12-1. 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관

12-2. 일반상해입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관

12-1은 비갱신형으로 운영하며,
12-2는 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	지 급 금 액
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 의료관련법에서 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) 제1호의 일반상해입원비(1일-180일) 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 합산합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

12-2. 일반상해입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

13. 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, 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 의료관련법에서 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 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.

⑤ 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 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 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

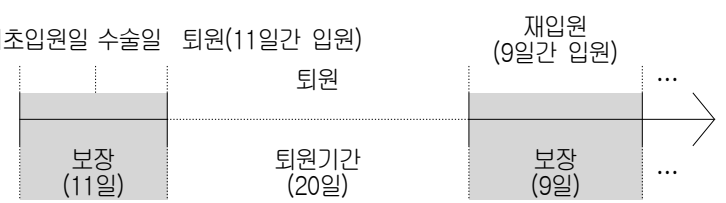
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 나목의 수술은 같은 상해로 두 종류 이상의 상해 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 일반상해수술동반입원비(1일-20일)의 지급일수는 1회 "수술동반입원"당 20일을 한도로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.

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



④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 "수술동반입원"하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 "수술동반입원"에 대하여는 제1항의 규정에 따라 일반상

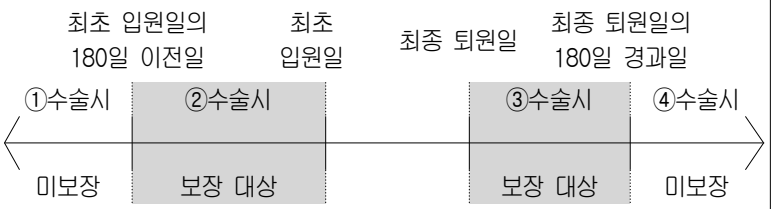
해수술동반입원비(1일-20일)를 계속 지급합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 일반상해수술동반입원비(1일-20일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 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 "수술"이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일로부터 180일 이전 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 "수술"이며, 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해수술동반입원비(1일-20일)를 제1항 내지 제6항에 따라 지급합니다.

<수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준>



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 제6항에 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 제6항에 따라 보장

④ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

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 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, 콘텍트렌즈 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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

14. 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	지 급 금 액
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 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「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.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 상해중환자실입원비(1일-180일) 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 합산합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항 및 제2항의 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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

15. 교통상해입원비(1일-180일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

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

제2조(「교통사고」의 정의)

①「교통사고」라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.

<운전자>

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 「자동차 이외의 교통수단」(이하 '기타교통수단'이라 합니다)에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 교통사고
3. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들

자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

<비운전자>

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 「자동차 이외의 교통수단」(이하 '기타교통수단'이라 합니다)에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

② 「자동차」라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 건설기계 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

③ 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

④ 「기타교통수단」이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 제2항 제2호의 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

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

② 이 특별약관에 있어서 「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.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 교통상해입원비(1일-180일) 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 합산합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 교통상해입원비(1일-180일)를 계속 지급합

니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 교통상해입원비(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 지급사유판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 아래의 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생된 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되고 있는 동안 발생된 손해
5. <비운전자>의 경우 자동차를 직접 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

16. 골절진단비(치아파절 제외) 특별약관

16-1. 골절진단비(치아파절 제외) 특별약관

16-2. 골절진단비(치아파절 제외)(갱신형_20년) 특별약관

16-1은 비갱신형으로 운영하며,
16-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

구 분	지 급 금 액
골절진단비(치아파절 제외)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절진단비(치아파절 제외)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 의료비

용은 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)

16-2. 골절진단비(치아파절 제외)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 골절(치아파절 제외) 분류표

① 약관에 규정하는 골절(치아파절 제외)로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절(치아파절 제외) 해당 여부를 판단합니다.

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

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병

해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

17. 교통상해골절진단비(치아파절 제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 교통상해골절진단비(치아파절 제외) : 이 특별약관의 보험기간 중에 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 「골절(치아파절 제외) 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 골절로 진단확정을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
교통상해골절진단비(치아파절 제외)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

① 「교통사고」라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.

<운전자>

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 「자동차 이외의 교통수단」(이하 '기타교통수단'이라 합니다)에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 교통사고
3. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

<비운전자>

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 「자동차 이외의 교통수단」(이하 '기타교통수단'이라 합니다)에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

② 「자동차」라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

③ 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

④ 「기타교통수단」이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 제2항 제2호의 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 교통상해골절진단비(치아파절 제외)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)를 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 아래의 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생된 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되고 있는 동안 발생된 손해
5. <비운전자>의 경우 자동차를 직접 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 골절(치아파절 제외) 분류표
: 제1장 16. 골절진단비(치아파절 제외) 특별약관 【별표】 참조

18. 5대골절진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 5대골절진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「5대골절분류표」(【별표】참조)에서 정한 골절로 진단확정을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
5대골절진단비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절상태가 발생한 경우

에는 1회에 한하여 5대골절진단비를 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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 5대골절분류표

① 약관에 규정하는 5대골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 5대골절 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 상 병	분류번호
1. 머리의 으깸손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0~S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

19. 골절진단비(치아파절 포함, 연간1회한) 특별약관

19-1. 골절진단비(치아파절 포함, 연간1회한) 특별약관

19-2. 골절진단비(치아파절 포함, 연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관

19-1은 비갱신형으로 운영하며,
19-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 골절진단비(치아파절포함, 연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「골절 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 골절로 진단확정을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
골절진단비(치아파절 포함, 연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절진단비(치아파절 포함, 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.

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)

19-2. 골절진단비(치아파절 포함, 연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 골절 분류표

① 약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 상 병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07

대 상 이 되 는 상 병	분류번호
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

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

20. 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) 특별약관

20-1. 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) 특별약관

20-2. 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) (갱신형_20년) 특별약관

20-1은 비갱신형으로 운영하며,
20-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「골절(치아파절 제외) 분류표II」(【별표①】 참조)에서 정한 골절로 진단확정을 받고 「골절 등급분류기준표」(【별표②】 참조)에 해당하는 경우, 해당 골절 등급별 보험가입금액을 각각 연간1회 한하여 지급

구 분	지 급 금 액
1~5급	각 등급별 보험가입금액 (각각 연간 1회한)

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
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

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)(연간1회한)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 2등급 보험금 지급(40만원)

(사례2)

○ 하나의 상해사고로 다음과 같이 진단을 받은 경우

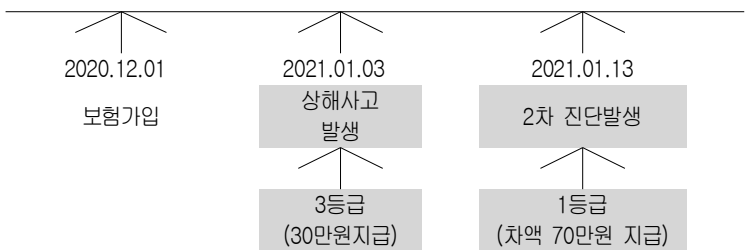
· 하나의 상해사고로 S02.2(비골의 골절) 진단시

⇒ 3등급에 해당하는 보험금 지급 (30만원 지급)

· 같은 상해사고로 인해 2차 진단 S06.4(경막외출혈) 발생시

⇒ 1등급에 해당하는 보험금과 3등급 보험금의 차액 지급

(100만원 – 30만원 = 70만원)



(사례3)

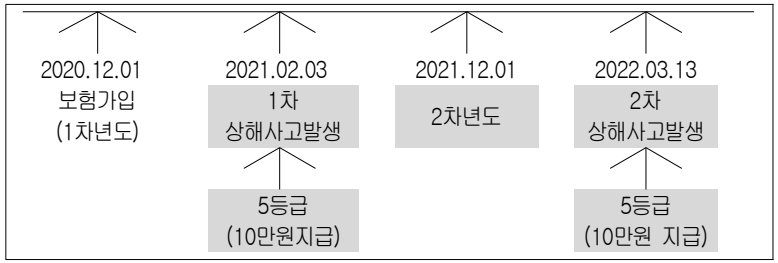
○ 다른 해 두 개 이상의 상해사고 발생시(등급별 각각 연간1회한)

· 첫 해 상해사고로 S62.5(엄지의 골절) 진단시

⇒ 5등급에 해당하는 보험금 지급(10만원)

· 다음 해 상해사고로 S92.5(기타 발가락의 골절) 진단시

⇒ 5등급에 해당하는 보험금 지급(10만원)



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)

20-2. 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 골절(치아파절제외) 분류표 II

① 약관에 규정하는 골절(치아파절제외)로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절(치아파절제외) 해당 여부를 판단합니다.

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 으깸손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
흉부의 으깸손상 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

대 상 이 되 는 상 병	분류번호
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 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표②】 골절 등급분류기준표

① 약관에 규정하는 골절(치아파절제외)로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절(치아파절제외) 해당 여부를 판단합니다.

등급	머리	목	몸통	팔	다리	기타
1	S02.0, S02.7,	S12.2, S12.7,	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	-
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 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표

준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

21. 골절수술비 특별약관

21-1. 골절수술비 특별약관

21-2. 골절수술비(갱신형_20년) 특별약관

21-1은 비갱신형으로 운영하며,
21-2는 갱신형으로 운영합니다.

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 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
골절수술비	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 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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

21-2. 골절수술비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 골절 분류표
: 제1장 19. 골절진단비(치아파절포함, 연간1회한) 특별약관 【별표】 참조

22. 교통상해골절수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

구 분	지 급 금 액
교통상해골절수술비	1사고당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

① 「교통사고」라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.

<운전자>

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 「자동차 이외의 교통수단」(이하 '기타교통수단'이라 합니다)에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 교통사고

3. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

<비운전자>

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 「자동차 이외의 교통수단」(이하 '기타교통수단'이라 합니다)에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

② 「자동차」라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

③ 「운전」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

④ 「기타교통수단」이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 제2항 제2호의 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

⑤ 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.

⑥ 제5항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.

⑦ 제5항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑧ 제5항의 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. 제5항 내지 제7항에 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 골절수술을 받거나 같은 종류의 골절수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 교통상해골절수술비만 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 아래의 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생된 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되고 있는 동안 발생된 손해
5. <비운전자>의 경우 자동차를 직접 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고

③ 제1항 내지 제2항 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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 골절 분류표
: 제1장 19. 골절진단비(치아파절포함, 연간1회한) 특별약관 【별표】 참조

23. 5대골절수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 5대골절수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「5대골절분류표」(【별표】참조)에 해당하는 골절로 진단확정후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
5대골절수술비	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 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 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.

2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 5대골절분류표
: 제1장 18. 5대골절진단비 특별약관 【별표】참조

24. 골절수술비(1~5급)(연간1회한) 특별약관

24-1. 골절수술비(1~5급)(연간1회한) 특별약관
24-2. 골절수술비(1~5급)(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관

24-1은 비갱신형으로 운영하며, 24-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 골절수술비(1~5급)(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「골절분류표III」(【별표①】 참조)에 해당하는 골절로 진단확정후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 「골절 등급분류기준표II」(【별표②】 참조)에 해당하는 골절 등급별로 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 보험금으로 지급

구 분	지 급 금 액
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)

① 「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 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

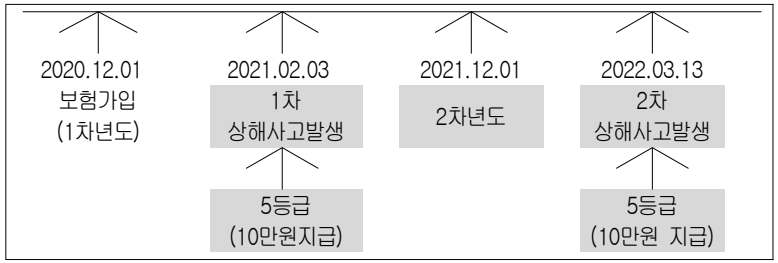
(사례1)
○ 하나의 상해사고로 다음과 같이 진단 후 수술을 받은 경우
: S72.0, S72.4

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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

24-2. 골절수술비(1~5급)(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 골절 분류표III

① 약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 판단합니다.

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 으깸손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
흉부의 으깸손상 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

대 상 이 되 는 상 병	분류번호
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 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표②】 골절 등급분류기준표 II

① 약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 판단합니다.

등급	머리	목	몸통	팔	다리	기타
1	S02.0, S02.7,	S12.2, S12.7,	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	-
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	S02.5	S14.4	-	S62.5, S62.6, S62.7, T02.4	S92.5	-

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후

지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다

25. 화상진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 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(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 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상상태인 경우에는 1회에 한하여 화상진단비를 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.

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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 화상 분류표

① 약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 화상 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 상 병	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22

대 상 이 되 는 상 병	분류번호
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 고관절 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

※ 부식 : 화학약품 등에 의한 피부 손상

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

26. 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	지 급 금 액
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 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) 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 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 화상분류표
: 제1장 25. 화상진단비 특별약관 【별표】참조

27. 상해수술비 특별약관

27-1. 상해수술비 특별약관
27-2. 상해수술비(갱신형_20년) 특별약관

27-1은 비갱신형으로 운영하며,
27-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수

익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

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

구 분	지 급 금 액
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 상해수술을 2회이상 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, 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(융비

술), 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, 콘텍트렌즈 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)

27-2. 상해수술비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

28. 상해흉터복원수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 상해흉터복원수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 1사고당 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액	
	안면부	상지・하지
상해흉터복원수술비	수술 1cm당 14만원	수술 1cm당 7만원 (단, 3cm이상의 경우에 한함)

제2조(용어의 정의)

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

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

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)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 성형수술은 피보험자가 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 상해흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

③「상지」 또는 「하지」에 대하여는 3cm 이상인 경우에만 보험금을 지급합니다.

④ 길이측정이 불가한 식피술(피부이식수술) 등의 경우 수술cm는 최장직경으로 합니다.

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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

29. 중대한화상및부식치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 중대한화상및부식치료비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인하여 제2조(「중대한화상및부식(화학약품등에 의한 피부손상)」의 정의 및 진단확정)의 「중대한화상및부식(화학약품등에 의한 피부손상)」으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
중대한화상및부식치료비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「중대한화상및부식(화학약품등에 의한 피부손상)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중대한화상및부식(화학약품등에 의한 피부손상)」이라 함은 「9의 법칙(The Rule 9's)」 또는 「룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Brodwer chart)」에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품등에 의한 피부손상)을 입은 경우를 말합니다. 단, 「9의 법칙」 또는 「룬드와 브라우더 신체표면적 차트」 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

② 「중대한화상및부식(화학약품등에 의한 피부손상)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「중대한화상및부식(화학약품등에 의한 피부손상)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 중대한화상및부식치료비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

30. 중대한특정상해수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 중대한특정상해수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「뇌손상」 또는 「내장손상」을 입고 사고일부터 180일이내 그 치료를 직접적인 목적으로 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」 또는 「개복(開腹)수술」을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
중대한특정상해수술비	1사고당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 「뇌손상」이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 「중대한 특정상해 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 기질적 손상을 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 「중대한 특정상해 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 기질적 손상을 입은 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「개두(開頭)수술」이란 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「개흉(開胸)수술」이란 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말하며, 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「개복(開腹)수술」이란 복벽을 절개하여 복부를 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복부내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말하며, 개복술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적 조작에 의한 것은 해당되지 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 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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 하나의 사고로 두 종류 이상의 중대한특정상해수술을 받거나 같은 종류의 중대한특정상해수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 중대한특정상해수술비만 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.

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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 중대한 특정상해 분류표

① 약관에 규정하는 중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중대한 특정상해 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상상병	분류번호
뇌손상	두개내손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
	복부내기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

31. 강력범죄처리비용(갱신형_20년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 강력범죄처리비용: 이 특별약관의 보험기간 중 일상생활 중에 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외)에 피해가 발생하였을 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
강력범죄처리비용	이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

「강력범죄」라 함은 다음 각호에 정하는 내용을 말합니다.

1. 형법 제 24장에서 정하는 살인죄
2. 형법 제 25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
3. 형법 제 32장에서 정하는 강간죄
4. 형법 제 38장에서 정하는 강도죄
5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률 (이하 “폭처법”이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2조(용어의 정의) 제1호의 살인, 제2호의 상해와 폭행 및 제5호의 폭력 등으로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체 상해를 입은 때에만 보상하여 드립니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제5조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

32. 자동차사고부상치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 자동차사고부상치료비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령 제3조 제1항 제2호의 상해등급(「자동차사고부상 등급표」(【별표】 참조))을 받은 경우 아래의 금액을 지급

(특별약관 가입금액 800만원 기준)

부상등급	1급	2급	3~ 4급	5급
지급금액	800만원	400만원	300만원	150만원
부상등급	6급	7급	8~11급	12~14급
지급금액	80만원	40만원	20만원	10만원

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 「자동차사고」라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.

<운전자>

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 "자동차 운전중 교통사고"라 합니다)
2. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 자동차사고(이하 "탑승중 교통사고"라 합니다)
3. 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고(이하 "비탑승중 교통사고"라 합니다)

<비운전자>

1. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 자동차사고(이하 "탑승중 교통사고"라 합니다)
2. 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고(이하 "비탑승중 교통사고"라 합니다)

② 「자동차」라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 건설기계
   다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

③ 「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

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

② 제1항 이외에도 회사는 아래의 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여는 보

험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생된 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되고 있는 동안 발생된 손해
5. <비운전자>의 경우 자동차를 직접 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 자동차사고부상 등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제3조 제1항 2호와 관련되며, 법령변경시 변경된 내용을 적용합니다.

상해등급	내용
1급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다) 2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해 5. 척주 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해 6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절 7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절 8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 9. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해(주관절부 이단을 포함한다) 10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다) 14. 화상·좌창·괴사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해 15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해

상해 등급	내용
	3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해 4. 신장 파열로 수술한 상해 5. 척주 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해 6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 할로베스트나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 8. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해 11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절 12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)

상해 등급	내용
	3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다) 6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해 7. 내부 장기 손상으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해(장간막 파열을 포함한다) 8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해 9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해(주관절부 이단을 포함한다) 11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다) 14. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해 18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 각막 이식술을 시행한 상해

상해 등급	내용
	3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다) 5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다) 6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행한 상해(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다) 8. 상완골 경부 골절 9. 상완골 간부 분쇄성 골절 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절로 수술을 시행한 상해(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다) 11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해 18. 골반환이 안정적인 골반골 골절로 수술을 시행한 상해(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)

상해 등급	내용
	19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해 20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해 22. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 거골 또는 종골 골절 24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해 3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해 4. 안정성 추체 골절 5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 상완골 간부 골절 7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해

상해 등급	내용
	9. 요골 경상돌기 골절 10. 요골 원위부 관절내 골절 11. 수근 주상골 골절 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절 18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 슬개골 골절 21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다) 24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다) 25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 사지 근 또는 건 파열로 6개 이상의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해

상해 등급	내용
	30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 심장 타박 5. 폐좌상(일측 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다) 6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해 7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해 8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해 9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해 10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해 11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 상완골 대결절 견열 골절 13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다) 14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해

상해 등급	내용
	16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해 17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절 18. 요골 경부 골절 19. 척골 주두부 골절 20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구 22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해 25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해 26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개 28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 30. 사지 근 또는 건 파열로 3 ~ 5개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절 2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해

상해 등급	내용
	3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해 4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골 골절 6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다) 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 척골 경상돌기 기저부 골절 11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 요수근관절 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 13. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 14. 주상골 외 수근골 골절 15. 수근부 주상골·월상골간 인대 파열 16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 중수골 골절 18. 중수수지관절의 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 20. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절 23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절

상해등급	내용
	25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절 3. 외상성 시신경병증 4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해 5. 복합 고막 파열 6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해 7. 3개 이상의 다발성 늑골 골절 8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절 9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절. 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 중수골 골절 13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구 14. 다발성 수지골 골절 15. 무지 중수지관절 측부인대 파열 16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해

상해등급	내용
	19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해 25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 늑골골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 흉골 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요수근관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 수지관절 탈구 12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해

상해 등급	내용
	14. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절 16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 수족지 신전건 1개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해 18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3cm 이상 안면부 열상 2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 하지 3대 관절의 혈관절증 8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	1. 뇌진탕 2. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행하지 않는 상해 3. 수지골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해

상해 등급	내용
	6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애 2. 3cm 미만 안면부 열상 3. 척추 염좌 4. 사지 관절의 근 또는 건의 단순 염좌 5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 사지 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 열상으로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 늑골 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 수족지 관절 염좌 3. 사지의 단순 타박 4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

33. 상해1~5종수술비Ⅱ 특별약관

33-1. 상해1~5종수술비Ⅱ 특별약관

33-2. 상해1~5종수술비Ⅱ(갱신형_20년) 특별약관

33-1은 비갱신형으로 운영하며,
33-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 상해1~5종수술비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「1~5종 수술분류표」(【별표】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우 수술1회당 아래의 금액을 지급

수술종류	지 급 금 액	예 시 (보험가입금액 10만원 기준)
1종	보험가입금액	10만원
2종	보험가입금액의 2.5배 지급	25만원
3종	보험가입금액의 5배 지급	50만원
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 상해1~5종수술비Ⅱ를 지급합니다.
이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하

고 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 상해1~5종수술비Ⅱ에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 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

제4조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

33-2. 상해1~5종수술비Ⅱ(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 1-5종 수술분류표

Ⅰ. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1

	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외)	1
근골(筋骨)의 수술[발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]>	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨)·비중격(鼻中隔)·상악골(上顎骨)·하악골(下顎骨)·악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술 제외. 단, 수면무호흡증(G47.3) 치료를 위한 수술은 보상함]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계·흉부 (胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜)	4

	관혈수술[개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacem aker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3

	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함](단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis)수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] (단, 직장탈근본수술은 제외)	4
비뇨기계·생식기계의 수술(인공임신중절수술은 제외함)	44. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술[개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류 교정수술은 제외]	4
	45. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	46. 방광류 교정수술	1
	47. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	48. 음경(陰莖) 절단수술(포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	49. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2
	50. 음낭관혈수술	1

	51. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	52. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술	1
	53. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	54. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	55. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	56. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	57. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	58. 신경(神經) 관혈수술	2
	59. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	60. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술[약물주입술은 제외]	61. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 포함)	1
	62. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	63. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	64. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	65. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	66. 각막, 공막 이식수술	2
	67. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	68. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	69. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	70. 망막박리(網膜剝離) 수술	2
	71. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외]	1
	72. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술	2
	73. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	74. 안와내종양절제수술	3
	75. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	76. 안근(眼筋)관혈수술	1

청각기(聽覺器)의 수술	77. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술[고막 패치술은 제외]	2
	78. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	79. 중이(中耳) 관혈수술[중이내 튜브유치술 제외]	2
	80. 중이내(中耳內) 튜브유치술[고막 패치술은 제외]	1
	81. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술[검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	82. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	83. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	84. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	85. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외)	1
	86. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술	
	86-1. 뇌, 심장	3
	86-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	86-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

㈜ 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.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

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 3
1-1. 기타피부암(C44)	
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물 수술	3

㈜ 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.

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, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 의사의 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 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단) 등은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. '관혈(觀血)'수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)'수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제 또는 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <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 조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   ⑴ <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.
   ⑵ 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 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   ⑴ 미용 성형상의 수술
   ⑵ 피임(避妊) 목적의 수술
   ⑶ 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   ⑷ 검사 및 진단을 위한 수술 [생검 (生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

34. 아킬레스힘줄손상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 아킬레스힘줄손상수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 제2조(「아킬레스힘줄손상」의 정의 및 진단확정)의 「아킬레스힘줄손상」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
아킬레스힘줄손상수술비	1사고당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「아킬레스힘줄손상」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「아킬레스힘줄손상」이라 함은 「아킬레스힘줄손상 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 상병을 말합니다.

② 제1항의 「아킬레스힘줄손상」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관

의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한, 회사가 「아킬레스힘줄손상」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 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 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 하나의 사고로 두 종류 이상의 아킬레스힘줄손상수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 아킬레스힘줄손상수술비만 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.

제5조(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 아킬레스힘줄손상수술비에 대하여는 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 포

함합니다), 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, 콘텍트렌즈 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 아킬레스힘줄손상 분류표

① 약관에 규정하는 아킬레스힘줄손상으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 아킬레스힘줄손상 해당 여부를 판단합니다.

대상상병	분류번호
아킬레스건의 손상	S86.0

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

35. 무릎인대파열 및 연골손상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 무릎인대파열 및 연골손상수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 제2조(「무릎인대파열 및 연골손상」의 정의 및 진단

확정)의 「무릎인대파열 및 연골손상」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
무릎인대파열 및 연골손상수술비	1사고당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「무릎인대파열 및 연골손상」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「무릎인대파열 및 연골손상」이라 함은 「무릎인대파열 및 연골손상 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 상병을 말합니다.

② 제1항의 「무릎인대파열 및 연골손상」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한, 회사가 「무릎인대 파열 및 연골손상」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 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 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 하나의 사고로 두 종류 이상의 무릎인대파열 및 연골손상수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 무릎인대파열 및 연골손상수술비만 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.

제5조(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 무릎인대파열 및 연골손상수술비에 대하여는 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, 콘텍트렌즈 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 무릎인대파열 및 연골손상 분류표

① 약관에 규정하는 무릎인대파열 및 연골손상으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 무릎인대파열 및 연골손상 여부를 판단합니다.

대상상병	분류번호
1. 외측 측부인대의 파열	S83.42
2. 내측 측부인대의 파열	S83.43
3. 전십자인대의 파열	S83.52
4. 후십자인대의 파열	S83.53
5. 현존 반달연골의 찢김	S83.2
6. 현존 무릎관절 연골의 찢김	S83.3
7. 무릎의 다발성 구조의 손상	S83.7

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

36. 외상성척추손상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 외상성척추손상수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 제2조(「외상성척추손상」의 정의 및 진단확정)의 「외상성척추손상」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
외상성척추손상수술비	1사고당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「외상성척추손상」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「외상성척추손상」이라 함은 「외상성척추손상 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 상병을 말합니다.

② 제1항의 「외상성척추손상」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한, 회사가 「외상성척추손상」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 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 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 하나의 사고로 두 종류 이상의 외상성척추손상수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 외상성척추손상수술비만 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.

제5조(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 외상성척추손상수술비에 대하여는 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, 콘텍트렌즈 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 외상성척추손상 분류표

① 약관에 규정하는 외상성척추손상으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 외상성척추손상 해당 여부를 판단합니다.

대상상병	분류번호
1. 목의 골절	S12
2. 경추간판 외상성 파열	S13.0
3. 경추탈구	S13.1
4. 목의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S13.2
5. 목의 다발 탈구	S13.3
6. 목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
7. 흉추의 골절	S22.0
8. 흉추의 다발골절	S22.1
9. 요추의 골절	S32.0
10. 천골(薦骨)의 골절	S32.1
11. 미추의 골절	S32.2
12. 요추 및 골반의 다발골절	S32.7
13. 요천추의 상세불명 부분의 골절	S32.83
14. 요추간판의 외상성 파열	S33.0
15. 요추의 탈구	S33.1

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

37. 관절(무릎,고관절)손상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 관절(무릎,고관절)손상수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 제2조(「관절(무릎,고관절)손상」의 정의 및 진단확정)의 「관절(무릎,고관절)손상」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
관절(무릎,고관절)손상수술비	1사고당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「관절(무릎,고관절)손상」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「관절(무릎,고관절)손상」이라 함은 「관절(무릎,고관절)손상 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 상병을 말합니다.

② 제1항의 「관절(무릎,고관절)손상」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한, 회사가 「관절(무릎,고관절)손상」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 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 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 하나의 사고로 두 종류 이상의 관절(무릎,고관절)손상수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 관절(무릎,고관절)손상수술비만 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.

제5조(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 관절(무릎,고관절)손상수술비에 대하여는 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, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력

교정술로 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 관절(무릎,고관절)손상 분류표

① 약관에 규정하는 관절(무릎,고관절)손상으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 관절(무릎,고관절) 손상 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상상병	분류번호
무릎관절	무릎뼈의 골절	S82.0
	무릎뼈의 탈구	S83.0
	무릎의 탈구	S83.1
	현존 반달연골의 찢김	S83.2
	외측 측부인대의 파열	S83.42
	내측 측부인대의 파열	S83.43
	전십자인대의 파열	S83.52
	후십자인대의 파열	S83.53
	무릎의 으깸손상	S87.0
	아래다리의 외상성 절단	S88
고관절	대퇴골 경부의 골절	S72.0
	대퇴골 전자부 골절	S72.1
	전자하 골절	S72.2
	고관절의 탈구	S73.0
	엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

38. 종합병원 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관
38-1. 종합병원 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관
38-2. 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)(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. 종합병원 일반상해입원비(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 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 「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 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.

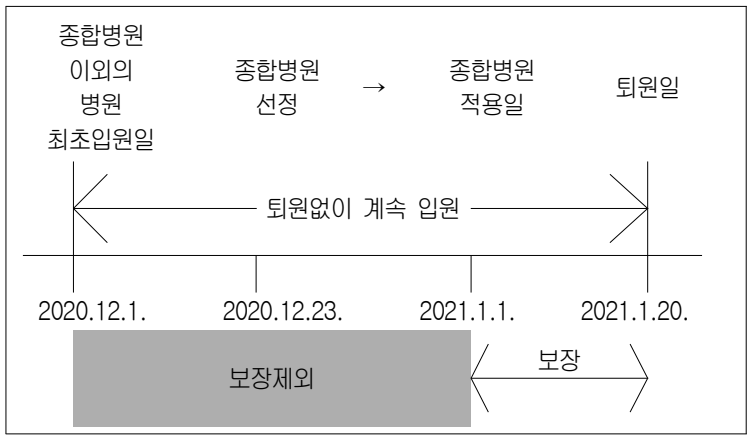
② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

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.

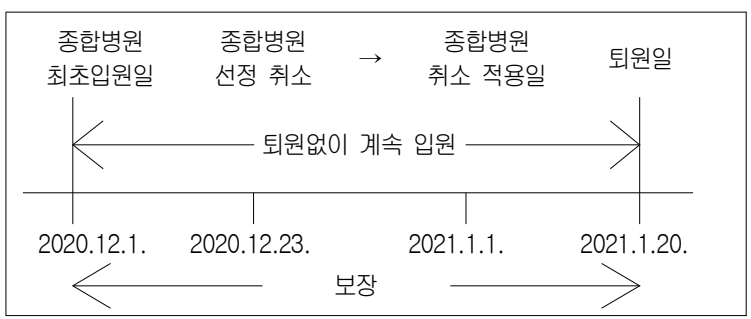
④ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)를 지급합니다.

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 해당병원이 「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 입원기간에 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.

제4조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

38-2. 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

39. 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일) 특별약관
39-1. 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일) 특별약관
39-2. 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일) (갱신형_20년) 특별약관

39-1은 비갱신형으로 운영하며, 39-2는 갱신형으로 운영합니다.

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	지 급 금 액
상급종합병원 일반상해입원비 (1일-120일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(120일한도)

제2조(용어의 정의)

① 「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 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

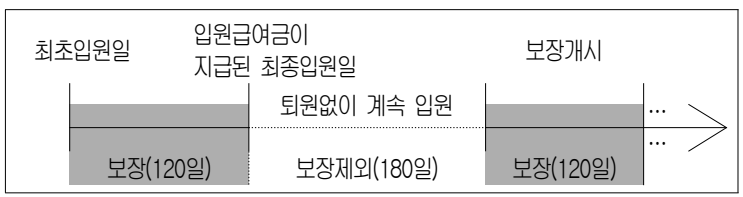
② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

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.



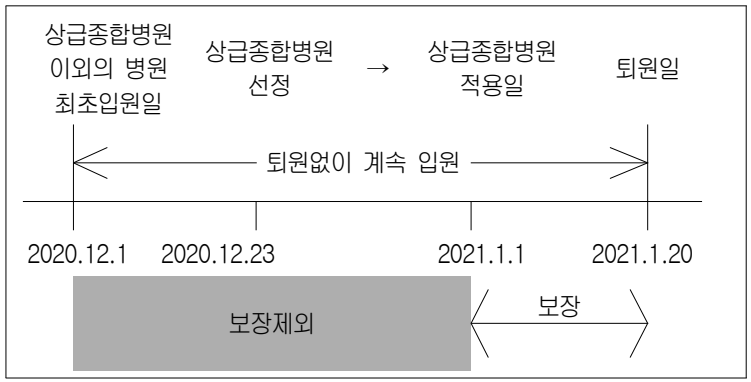
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)을 계속 지급합니다.

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.

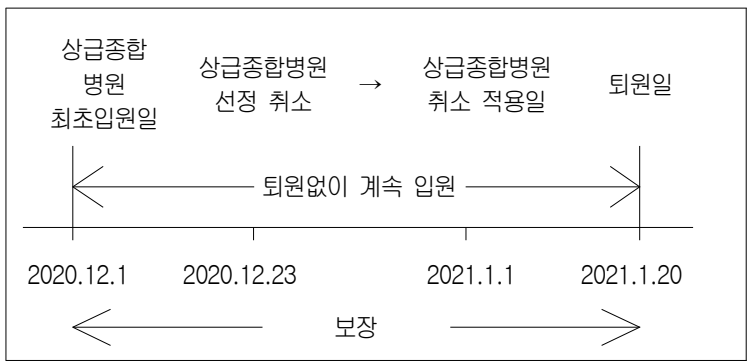
⑤ 피보험자가 「상급종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 상급종합병원 퇴원일까지 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)을 지급합니

다.

⑥ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)을 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 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

39-2. 상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

40. 자동차사고입원비(1~14급)(1일-180일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 자동차사고입원비(1~14급)(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령 제3조 제1항 제2호의 상해등급(「자동차사고부상 등급표」(【별표】 참조))을 받고 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 상해등급에 따라 아래의 금액을 지급

(특별약관 가입금액 7만원 기준)

부상등급	1~7급	8~11급	12~14급
지급금액	7만원	2만원	1만원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 자동차사고입원비(1~14급)(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 계속 중인 입원에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 자동차사고입원비(1~14급)(1일-180일)를 계속 보장하여 드립니다.

④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 자동차사고입원비(1~14급)(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.

제3조(「용어」의 정의)

① 「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 의료관련법에서 정한 의료기관에 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 「자동차사고」라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.

<운전자>

1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 "자동차 운전중 교통사고"라 합니다)
2. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 자동차사고(이하 "탑승중 교통사고"라 합니다)
3. 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고(이하 "비탑승중 교통사고"라 합니다)

<비운전자>

1. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 자동차사고(이하 "탑승중 교통사고"라 합니다)

2. 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고(이하 “비탑승중 교통사고”라 합니다)

④「자동차」라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7.「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

⑤「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 제1항 이외에도 회사는 아래의 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생된 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되고 있는 동안 발생된 손해
5. <비운전자>의 경우 자동차를 직접 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】자동차사고부상 분류표

: 제1장 32. 자동차사고부상치료비 특별약관 【별표】 참조

41. 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, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적 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 치료효과를 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 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 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 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 뇌·내장손상 분류표

① 약관에 규정하는 뇌·내장손상으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌·내장손상 해당 여부를 판단합니다.

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]	
	1.미만성 뇌 손상	S06.2

구분	대 상 병 명	분류번호
	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 으깸손상]	
	1.두개골의 으깸손상	S07.1
	2.머리의 기타부분의 으깸손상	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
내장 손상	[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

구분	대 상 병 명	분류번호
	5.흉곽내 기관의 다발손상	S27.7
	6.기타 명시된 흉곽내 기관의 손상	S27.8
	7.상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27.9
	[흉부의 으깸손상 및 흉곽 부분의 외상성 절단]	S28
	[흉부의 기타 및 상세불명의 손상]	S29
	[복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상]	S35
내장 손상	[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

구분	대 상 병 명	분류번호
	7.자궁의 손상	S37.6
	8.다발성 골반기관의 손상	S37.7
	9.기타 골반기관의 손상	S37.8
	[복부, 아래등 및 골반 부분의 으깸손상 및 외상성 절단]	S38
	[복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명의 손상]	
	1.골반기관을 동반한 복강내 기관의 손상	S39.6

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 상병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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	지 급 금 액
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(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 질병사망보험금 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

2. 질병후유장해(80%이상)(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 질병후유장해(80%이상)보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 「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
질병후유장해(80%이상)보험금	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 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 의료비

용은 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.

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

제3조(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. 질병후유장해(80%이상)(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 질병후유장해(80%이상)보험금 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

3. 질병후유장해(3~100%)(감액없음) 특별약관
3-1. 질병후유장해(3~100%)(감액없음) 특별약관
3-2. 질병후유장해(3~100%)(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관

3-1은 비갱신형으로 운영하며,
3-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 질병후유장해(3~100%)보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 3%이상 100%이하에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
질병후유장해(3~100%)보험금	이 특별약관 보험가입금액 × 「장해분류표」에서 정한 장해지급률

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 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(3~100%)(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(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단 확정된 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)

3-2. 질병후유장해(3~100%)(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포

함합니다)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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

4. 질병후유장해(20~100%)(감액없음) 특별약관

4-1. 질병후유장해(20~100%)(감액없음) 특별약관

4-2. 질병후유장해(20~100%)(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관

4-1은 비갱신형으로 운영하며,
4-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 질병후유장해(20~100%)보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 20%이상 100%이하에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
질병후유장해(20~100%)보험금	이 특별약관 보험가입금액 × 「장해분류표」에서 정한 장해지급률

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 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(20~100%)(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 동일부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단 확정된 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)

4-2. 질병후유장해(20~100%)(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

5. 질병입원비(1일-180일) 특별약관

5-1. 질병입원비(1일-180일) 특별약관

5-2. 질병입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관

5-1은 비갱신형으로 운영하며,
5-2는 갱신형으로 운영합니다.

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	지 급 금 액
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, 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.

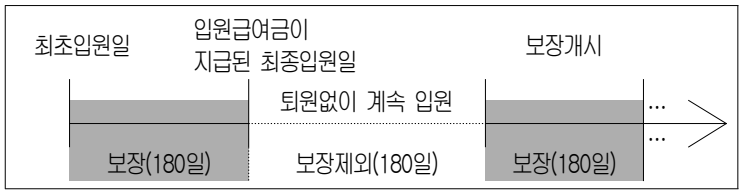
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 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 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 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 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 기능장해, 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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)
5-2. 질병입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

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 진단확정된 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 「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 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.

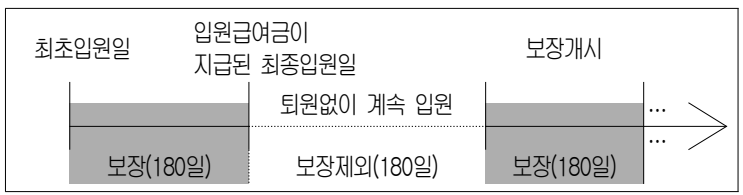
③ 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사

에 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 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 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 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 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.

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)

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 기능장해, 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

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 진단 확정된 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	지 급 금 액
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 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 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 「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(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, 선천성질병으로 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 내지 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

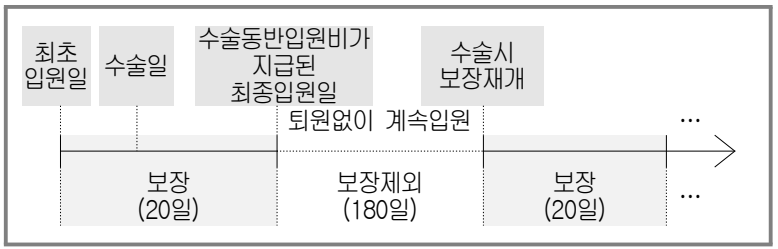
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 질병수술동반입원비(1일-20일)의 지급일수는 1회 "수술동반입원"당 20일을 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 나목의 수술은 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.

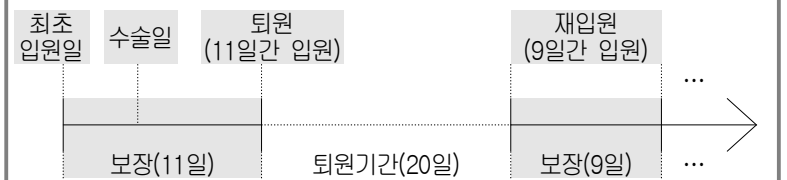
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 질병수술동반입원비(1일-20일)는 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병수술동반입원비(1일-20일)가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 "수술"을 받은 경우에는 다른 "수술동반입원"으로 보아 새로운 입원일 1일째 날부터 입원 1일당 질병수술동반입원비(1일-20일)를 지급합니다.

다만, 아래와 같이 질병수술동반입원비(1일-20일)가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병수술동반입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술동반입원비(1일-20일)는 "수술" 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.

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



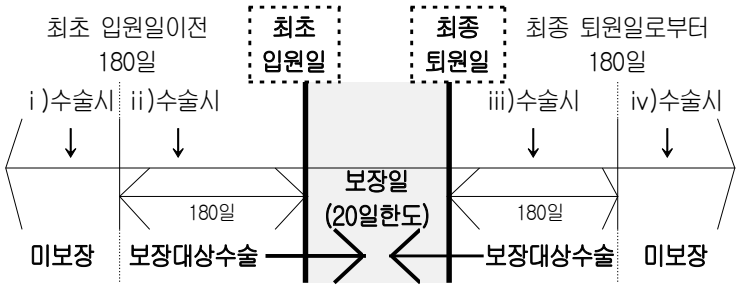
⑤ 피보험자가 보장개시일이후 "수술동반입원"하여 치료를 받던 중에 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 "수술동반입원"에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술동반입원비(1일-20일)를 계속 지급합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적으로

입원할 때에는 회사는 질병수술동반입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 수술이 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 제2항에 따라 먼저 한 수술을 기준으로 아래와 같이 보장합니다.

<수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준>



i) 최초 입원일 이전 180일 전 수술시 미보장

ii) 최초 입원일 이전 180일부터 최초 입원일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술동반입원비(1일-20일)를 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제6항에 따라 보장

iii) 최종입원의 퇴원일로부터 180일 경과일 이전 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병수술동반입원비를 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제6항에 따라 보장

iv) 최종입원 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
8. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
9. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
10. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
11. 정상분만, 치과질환

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 회사는 아래 목적의 치료에 따른 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진 예방접종, 인공유산.
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

8. 질병수술비 특별약관
8-1. 질병수술비 특별약관
8-2. 질병수술비(갱신형_20년) 특별약관

8-1은 비갱신형으로 운영하며,
8-2는 갱신형으로 운영합니다.

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	지 급 금 액
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, 선천성질병으로 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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급하여 드립니다. 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 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, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

8-2. 질병수술비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관

에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

9. 질병수술비(특정3대질병제외) 특별약관
9-1. 질병수술비(특정3대질병제외) 특별약관
9-2. 질병수술비(특정3대질병제외)(갱신형_20년) 특별약관

9-1은 비갱신형으로 운영하며,
9-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 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	지 급 금 액
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, 선천성질병으로 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) 제1호에 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 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

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)
9. 관절염, 백내장 및 생식기질환 (【별표】 특정3대질병 분류표 참조)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 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 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상

합니다), 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, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

9-2. 질병수술비(특정3대질병제외)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 특정3대질병 분류표

① 약관에 규정하는 특정3대질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정3대질병 해당 여부를 판단합니다.

순번	대 상 이 되 는 질 병		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+
		- 볼거리고환염(N51.1*)	B26.0+
		여성골반내 기관의 염증성 질환	N70~N77

순번	대 상 이 되 는 질 병		분류번호
		(자궁경부의 결핵(A18.15+) 제외)	(N74.0 제외)
		(결핵성 여성 골반 염증 질환, 결핵성 자궁내막염, 결핵성난소염 및 난관염(A18.16+) 제외)	(N74.1 제외)
		여성 생식기관의 비염증성 장애	N80~N95
		달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

10. 암진단비(유사암제외) 특별약관
10-1. 암진단비(유사암제외) 특별약관
10-2. 암진단비(유사암제외)(갱신형_20년) 특별약관

10-1은 비갱신형으로 운영하며,
10-2는 갱신형으로 운영합니다.

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)	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	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.

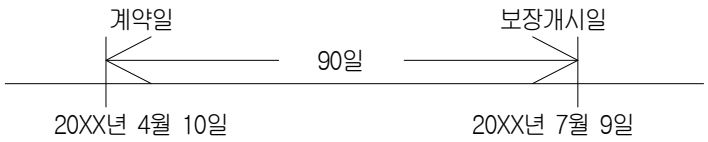
④ 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.
그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 암진단비(유사암제외)의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.

1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   가. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
   나. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신형(갱신계약)의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 암진단비(유사암제외)의 보장개시일(15세이상 피보험자) >
(비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)



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 제34조(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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

10-2. 암진단비(유사암제외)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 암진단비(유사암제외) 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

① 약관에 규정하는 암(악성신생물)으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 암(악성신생물) 해당 여부를 판단합니다.

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

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표②】 제자리신생물(상피내암) 분류표

① 약관에 규정하는 제자리암(상피내암)으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 제자리암(상피내암) 해당 여부를 판단합니다.

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 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표③】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 경계성종양 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38

3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

11. 유사암진단비 특별약관

11-1. 유사암진단비 특별약관

11-2. 유사암진단비(갱신형_20년) 특별약관

11-1은 비갱신형으로 운영하며,
11-2는 갱신형으로 운영합니다.

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 진단 확정)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	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
			계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
		갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 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 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에

서 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.

② 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

11-2. 유사암진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암(상피내암)」, 「경계성종양」 으로 각각 진단받아 유사암진단비 지급사유가 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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【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. 암진단비(소액암 및 유사암제외) 특별약관

12-1. 암진단비(소액암 및 유사암제외) 특별약관

12-2. 암진단비(소액암 및 유사암제외)(갱신형_20년) 특별약관

12-1은 비갱신형으로 운영하며,
12-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 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)	비갱신형 및 갱신형(최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형(갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암(소액암 및 유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

① 「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 「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	분류번호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
3. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
4. 전립선의 악성신생물(암)	C61
5. 방광의 악성신생물(암)	C67

③ 「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.

④「암(소액암 및 유사암제외)」라 함은 제1항의 「암」에서 제2항의 「소액암」 및 제3항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

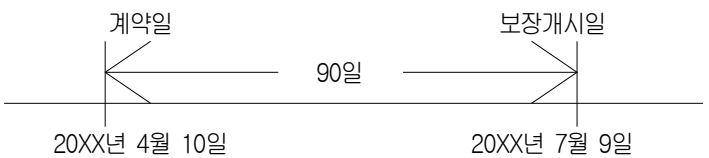
⑤ 제4항의 「암(소액암 및 유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.
그러나 상기에 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(소액암 및 유사암제외) 관련질병"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 암진단비(소액암 및 유사암제외)의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.

1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   가. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
   나. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신형(갱신계약)의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 암진단비(소액암 및 유사암제외)의 보장개시일(15세이상 피보험자) >
(비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)



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 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 제34조(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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

12-2. 암진단비(소액암 및 유사암제외)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 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 제26조(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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【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

13. 고액치료비암진단비 특별약관

13-1. 고액치료비암진단비 특별약관

13-2. 고액치료비암진단비(갱신형_20년) 특별약관

13-1은 비갱신형으로 운영하며,
13-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 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	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「고액치료비암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「고액치료비암」이라 함은 「고액치료비암 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 1.식도의 악성신생물(암), 2.췌장의 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.

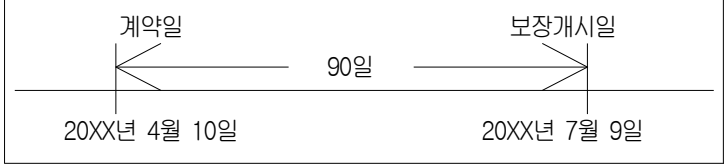
② 「고액치료비암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.
그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「고액치료비암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 고액치료비암진단비의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.

1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   가. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
   나. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신형(갱신계약)의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 고액치료비암진단비의 보장개시일(15세이상 피보험자) >
(비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)



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(「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 제34조(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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

13-2. 고액치료비암진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 고액치료비암진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 고액치료비암 분류표

① 약관에 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 고액치료비암 해당 여부를 판단합니다.

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
- 사지의의 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 악성신생물(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

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

14. 11대특정암진단비 특별약관
14-1. 11대특정암진단비 특별약관
14-2. 11대특정암진단비(갱신형_20년) 특별약관

14-1은 비갱신형으로 운영하며,
14-2는 갱신형으로 운영합니다.

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 진단 확정)의 「11대특정암」으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
11대특정암 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(「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. 소장의 악성신생물(암)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

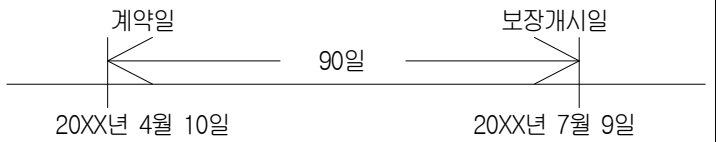
② 「11대특정암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.
그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「11대특정암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 11대특정암진단비의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.

1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약) 경우
   가. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
   나. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신형(갱신계약)의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 11대특정암진단비의 보장개시일(15세이상 피보험자) >
(비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)



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 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 제34조(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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

14-2. 11대특정암진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 11대특정암진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 11대특정암 분류표

① 약관에 규정하는 11대특정암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 11대특정암 해당 여부를 판단합니다.

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 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 악성신생물(암)	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
- 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

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

15. 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일) 특별약관

15-1. 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일) 특별약관

15-2. 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일) (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. 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(「암관련질병의 직접적인 치료」의 정의)에서 정한 「암관련질병의 직접적인 치료」를 목적으로 4일 이상 계속하여 병원(단, 요양병원 제외)에 입원한 경우에는 4일째 입원일부터 아래의 금액을 지급

<비갱신형 및 갱신형(최초계약)>

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)

<갱신형(갱신계약)>

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
암직접치료입원비(요양병원제외)	암	갱신일로부터	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 (120일 한도)
	갑상선암 기타피부암 제자리암 (상피내암) 경계성종양	갱신일로부터	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 × 20% (120일 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(「암관련질병의 직접적인 치료」의 정의)

① 「암관련질병의 직접적인 치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② 「암관련질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ 「암관련질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암관련질병의 직접적인 치료」로 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)

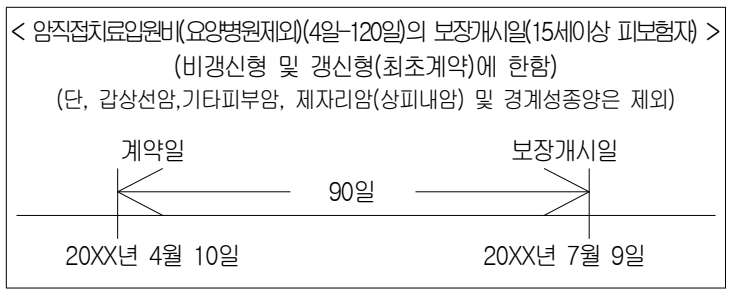
① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 「암관련질병」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외하며, 이하 「병원」이라 합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

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(요양병원제외)(4일~120일)의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.

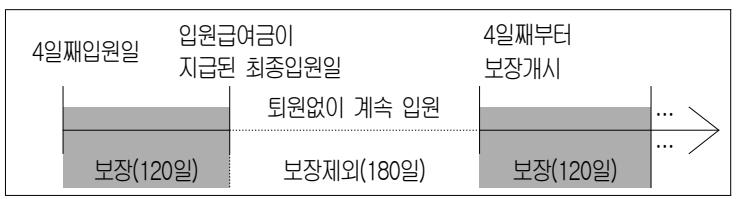
1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   가. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
   나. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.)
2. 갱신형(갱신계약)의 경우 : 이 특별약관의 갱신일



② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 암직접치료입원비(요양병원제외)(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(요양병원제외)(4일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만 다음과 같이 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)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 제3항에 따라 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)는 계속 보장하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원비(요양병원제외)(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 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되어 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 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

15-2. 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【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

16. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일) 특별약관

16-1. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일) 특별약관

16-2. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일) (갱신형_20년) 특별약관

16-1은 비갱신형으로 운영하며,
16-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 암직접치료입원비(요양병원제외)(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(「암관련질병의 직접적인 치료」의 정의)에서 정한 「암관련질병의 직접적인 치료」를 목적으로 계속하여 병원(단,요양병원제외)에 입원한 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

<비갱신형 및 갱신형(최초계약)>

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
암직접치료입원비(요양병원제외)	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)

<갱신형(갱신계약)>

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
암직접치료입원비	암	갱신일로부터	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 (180일 한도)
	갑상선암	갱신일로부터	입원 1일당 이 특별약관

(요양병원제외)	기타피부암 제자리암 (상피내암) 경계성종양		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 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(「암관련질병의 직접적인 치료」의 정의)

① 「암관련질병의 직접적인 치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

② 「암관련질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ 「암관련질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암관련질병의 직접적인 치료」로 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 치

료로 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.

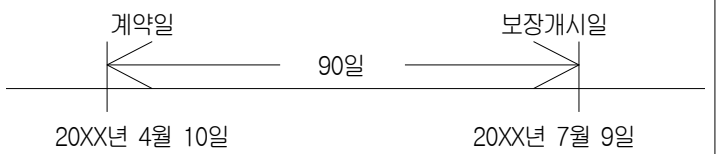
② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.

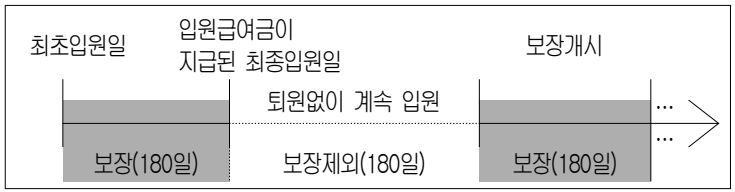
1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   가. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
   나. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.)
2. 갱신형(갱신계약)의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)의 보장개시일(15세이상 피보험자) >
(비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)
(단, 갑상선암,기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양은 제외)



② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

③ 동일한 「암관련질병」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 「암관련질병」에 대한 입원이라도 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만 다음과 같이 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원비(요양병원제외)(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 제3항에 따라 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)는 계속 보장하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원비(요양병원제외)(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 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되어 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 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

16-2. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【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. 요양병원 암입원비(1일-60일) 특별약관

17-1. 요양병원 암입원비(1일-60일) 특별약관

17-2. 요양병원 암입원비(1일-60일)(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. 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		경과기간		지급금액
요양병원 암입원비	암	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50% (60일 한도)
			계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 (60일 한도)
		갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 (60일 한도)
	갑상선암 기타피부암 제자리암 (상피내암) 경계성종양	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50% × 20% (60일 한도)
			계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 × 20% (60일 한도)
		갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	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, 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) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

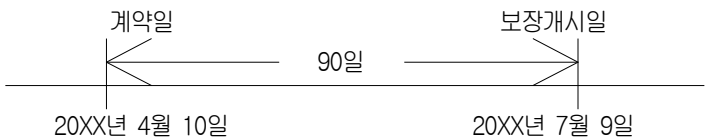
② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 요양병원 암입원비(1일-60일)의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.

1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   가. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
   나. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.)
2. 갱신형(갱신계약)의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

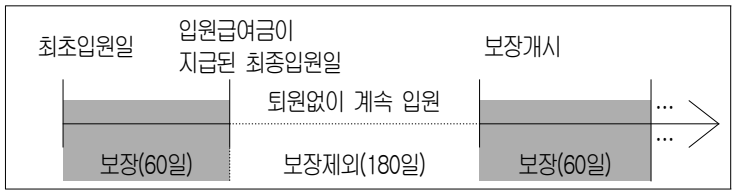
< 요양병원 암입원비(1일-60일)의 보장개시일(15세이상 피보험자) >
(비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)
(갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양 제외)



② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 요양병원 암입원비(1일-60일)의 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 최종입원일부터 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 제3항에 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 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암관련질병」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 제34조(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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

17-2. 요양병원 암입원비(1일-60일)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【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-90일) 특별약관

18-1. 요양병원 암입원비(1일-90일) 특별약관

18-2. 요양병원 암입원비(1일-90일)(갱신형_20년) 특별약관

18-1은 비갱신형으로 운영하며,
18-2는 갱신형으로 운영합니다.

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 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		경과기간		지급금액
요양병원 암입원비	암	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50% (90일 한도)
			계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 (90일 한도)
		갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 (90일 한도)
	갑상선암 기타피부암 제자리암 (상피내암) 경계성종양	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50% × 20% (90일 한도)
			계약일로부터 1년이후 발생시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 × 20% (90일 한도)
		갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 × 20% (90일 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, 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) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

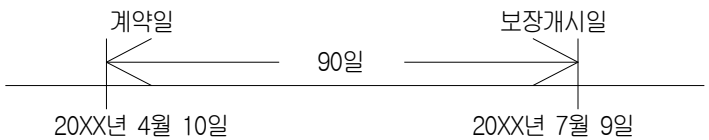
② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 요양병원 암입원비(1일-90일)의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.

1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   가. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
   나. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.)
2. 갱신형(갱신계약)의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

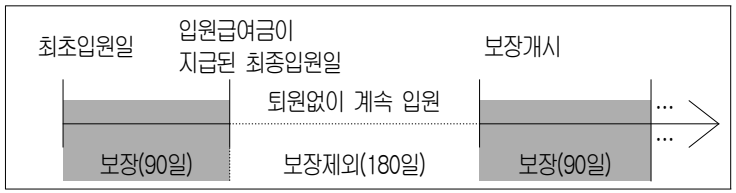
< 요양병원 암입원비(1일-90일)의 보장개시일(15세이상 피보험자) >
(비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)
(갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양 제외)



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 제3항에 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 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 제34조(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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

18-2. 요양병원 암입원비(1일-90일)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【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. 암수술비III 특별약관

19-1. 암수술비III 특별약관

19-2. 암수술비III(갱신형_20년) 특별약관

19-1은 비갱신형으로 운영하며,
19-2는 갱신형으로 운영합니다.

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 진단 확정)의 「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 그 「암관련질병」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분		경과기간		지급금액
암수술비III	암	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% × 10%
			계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 10%
		갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액 × 10%
	갑상선암 기타피부암 제자리암 (상피내암) 경계성종양	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% × 10%
			계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 10%
		갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	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 위

한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

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(「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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

⑤ 제4항 7호의 『항암방사선치료』라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 7호의 『항암약물치료』라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

용어의 정의

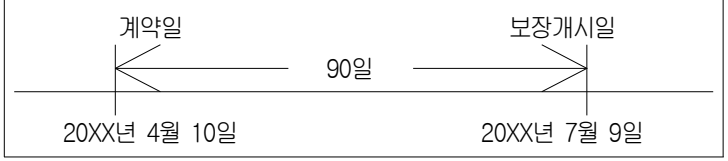
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 암수술비III의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.

1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   가. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
   나. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.)
2. 갱신형(갱신계약)의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 암수술비III의 보장개시일(15세이상 피보험자) >
(비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)
(갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양 제외)



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(「암관련질병」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 제34조(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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

19-2. 암수술비III(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【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. 암수술비Ⅳ 특별약관

20-1. 암수술비Ⅳ 특별약관

20-2. 암수술비Ⅳ(갱신형_20년) 특별약관

20-1은 비갱신형으로 운영하며,
20-2는 갱신형으로 운영합니다.

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 진단 확정)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	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% × 90%
			계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 90%
		갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	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 피보험자가 「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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(카테터를 이용한 디스크 신경성형술, HIFU(고강도 집속 초음파 치료) 등)

⑤ 제4항 7호의 『항암방사선치료』라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 7호의 『항암약물치료』라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

용어의 정의

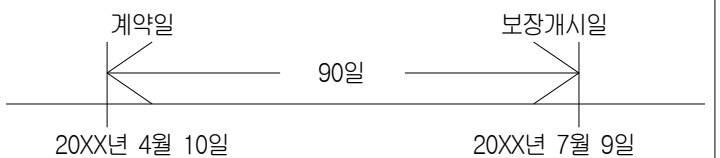
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 암수술비IV의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.

1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   가. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
   나. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신형(갱신계약)의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 암수술비IV의 보장개시일(15세이상 피보험자) >
(비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)



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 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 제34조(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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

20-2. 암수술비IV(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제9조(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 제26조(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.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표
: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표①】 참조

21. 유방수술비(유방암,유방의제자리암) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 유방수술비(유방암,유방의제자리암) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 「유방암」 및 「유방의 제자리암」 보장개시일 이후에 제2조(「유방암」 및 「유방의 제자리암」의 정의 및 진단확정)의 「유방암」 및 「유방의 제자리암」으로 진단이 확정되고, 그 「유방암」 및 「유방의 제자리암」의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(「유방암 및 유방의 제자리암으로 인한 유방수술」의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분		경과기간	지급금액
유방수술비(유방암,유방의제자리암)	유방암	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액
	유방의 제자리암	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%×20%
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액×20%

제2조(「유방암」 및 「유방의 제자리암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「유방암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「유방의 악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

②「유방의 제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「유방의 제자리신생물(상피내암)) 분류표」(【별표②】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③「유방암」 및 「유방의 제자리암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 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 「유방암」 및 「유방의 제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(「유방암 및 유방의 제자리암으로 인한 유방수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「유방암 및 유방의 제자리암으로 인한 유방수술」이라 함은 【별표③】(유방암 및 유방의 제자리암으로 인한 유방수술 분류표)에서 정한 수술로 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 「유방암 및 유방의 제자리암으로 인한 유방수술」은 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)

⑤ 제4항 제7호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제7호의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

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

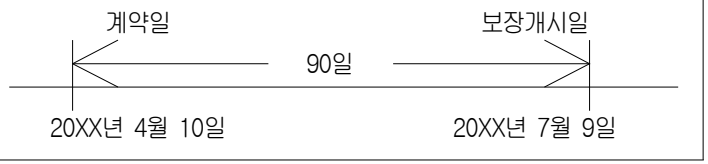
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 「유방암」 및 「유방의 제자리암」의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1.「유방암」 : 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

2.「유방의 제자리암」 : 보험계약일

< 유방암의 보장개시일(유방의 제자리암 제외) >



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(「유방암」 및 「유방의 제자리암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 유방암으로 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 제34조(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 제26조(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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 유방의 악성신생물(암) 분류표

① 약관에 규정하는 유방의 악성신생물(암)으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 유방의 악성신생물(암) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
유방의 악성신생물(암)	C50

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표②】 유방의 제자리신생물(상피내암) 분류표

① 약관에 규정하는 유방의 제자리암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 유방의 제자리암 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
유방의 제자리암종	D05

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표③】 유방암 및 유방암의 제자리암으로 인한 유방수술 분류표

약관에 규정하는 유방암 및 유방의 제자리암으로 인한 유방수술은 국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)에 의한 수술 및 처치코드에 해당하는 수술을 말합니다.

대 상 수 술 명	수술 및 처치코드
1. 유방절개	85.0
2. 유방조직의 절제 또는 파괴	85.2
3. 축소 유방성형 및 피부밑 유방절제	85.3
4. 유방절제	85.4
5. 확대 유방성형	85.5
6. 유방고정	85.6
7. 유방의 전체 재건	85.7
8. 유방의 기타 복구 및 성형	85.8
9. 유방의 기타수술 (유방의 흡인, 유방내 치료약물의 주입 제외)	85.9 (85.91, 85.92 제외)

국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)가 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다.

22. 자궁적출수술비(여성생식기암,여성생식기의제자리암) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 자궁적출수술비(여성생식기암,여성생식기의제자리암) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 「여성생식기암」 및 「여성생식기의 제자리암」의 보장개시일 이후에

제2조(「여성생식기암」, 「여성생식기의 제자리암」의 정의 및 진단확정)의 「여성생식기암」 및 「여성생식기의 제자리암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제3조(「여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술」의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급.

구 분		경과기간	지급금액
자궁적출수술비(여성생식기암, 여성생식기의 제자리암)	여성생식기암	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	여성생식기의 제자리암	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「여성생식기암」, 「여성생식기의 제자리암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「여성생식기암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「여성생식기암 분류표」(【별표①】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

②「여성생식기의 제자리암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「여성생식기의 제자리신생물(상피내암) 분류표」(【별표②】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제1항의 「여성생식기암」 및 제2항의 「여성생식기의 제자리암」에 대한 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「여성생식기암」 및 「여성생식기의 제자리암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(「여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술」의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술(hysterotomy)」이라 함은 「여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술 분류표」(【별표③】 참조)에서 정한 자궁을 적출하는 수술로 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 「자궁적출수술(hysterotomy)」은 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)

⑤ 제4항 제7호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니

다.

⑥ 제4항 제7호의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

용어의 정의

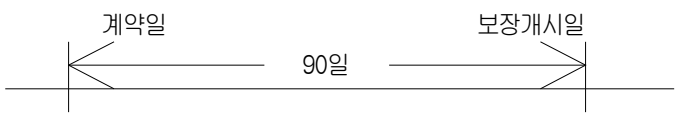
·의사 : 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자
·절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
·절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
·흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
·천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것
·신의료기술평가위원회 : 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 「여성생식기암」 및 「여성생식기의 제자리암」의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1.「여성생식기암」 : 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2.「여성생식기의 제자리암」 : 보험계약일

< 여성생식기암의 보장개시일(여성생식기의 제자리암 제외) >



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(「여성생식기암」, 「여성생식기의 제자리암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 여성생식기암으로 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 제34조(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 자궁적출수술비(여성생식기암,여성생식기의제자리암) 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 여성생식기암 분류표

① 약관에 규정하는 여성생식기암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 여성생식기암 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
여성 생식기관의 악성 신생물(암)	C51~C58

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표②】 여성생식기의 제자리신생물(상피내암) 분류표

① 약관에 규정하는 여성생식기의 제자리암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 여성생식기의 제자리암 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
여성 생식기관의 제자리암종	
- 자궁경부의 제자리암종	D06
- 자궁내막의 제자리암종	D07.0
- 외음의 제자리암종	D07.1
- 질의 제자리암종	D07.2
- 기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 제자리암종	D07.3

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표③】 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술 분류표

약관에 규정하는 여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 인한 자궁적출수술은 국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)에 의한 수술 및 처치

코드에 해당하는 수술을 말합니다.

대상이 되는 수술	수술 및 처치코드
1. 복식 부분자궁적출술 (Subtotal abdominal hysterectomy)	68.3
2. 복식 전자궁적출술 (Total abdominal hysterectomy)	68.4
3. 질식 전자궁적출술 (Vaginal hysterectomy)	68.5
4. 복식 근치자궁적출술 (Radical abdominal hysterectomy)	68.6
5. 질식 근치자궁적출술 (Radical vaginal hysterectomy)	68.7
6. 골반 장기적출술(Pelvic evisceration)	68.8
7. 기타 및 상세불명 자궁적출술 (Other and unspecified hysterectomy)	68.9

국제의료행위 분류표(ICD.9-CM)가 변경되는 경우 변경된 국제의료행위 분류표를 따릅니다.

23. 항암방사선약물치료비 특별약관

23-1. 항암방사선약물치료비 특별약관

23-2. 항암방사선약물치료비(갱신형_20년) 특별약관

23-1은 비갱신형으로 운영하며,
23-2는 갱신형으로 운영합니다.

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 진단 확정)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		경과기간		지급금액
항암방사선약물치료비	암	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
			계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
		갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액
	갑상선암 기타피부암	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%×20%
			계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 × 20%
		갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	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)

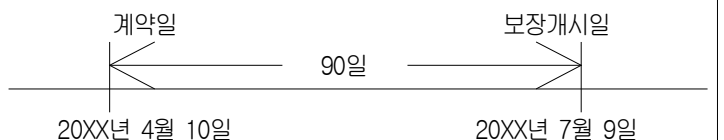
① 이 특별약관에 있어서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암을 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다.)을 말합니다.

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. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   가. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
   나. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.)
2. 갱신형(갱신계약)의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 항암방사선약물치료비의 보장개시일(15세이상 피보험자) >
(비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)(단, 갑상선암, 기타피부암은 제외)



② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에도 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 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 제34조(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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

23-2. 항암방사선약물치료비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선약물치료비(단, 갑상선암, 기타피부암으로 진단 확정된 경우는 제외합니다.) 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표
: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표①】 참조

24. 암사망 특별약관

24-1. 암사망 특별약관

24-2. 암사망(갱신형_20년) 특별약관

24-1은 비갱신형으로 운영하며,
24-2는 갱신형으로 운영합니다.

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 진단 확정)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
암사망보험금	암	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
			계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

		갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액
	갑상선암 기타피부암	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
			계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
		갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	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.
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.

[유의사항]

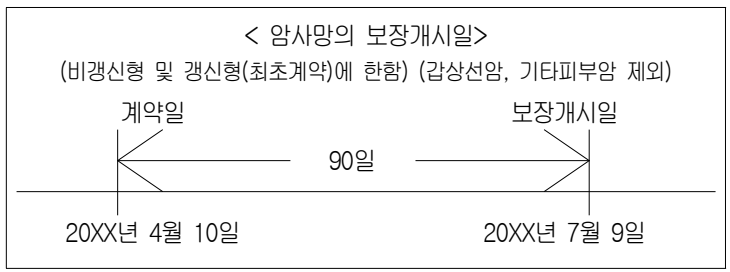
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 「암」, 「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(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 암사망보험금의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   가. 암(갑상선암, 기타피부암은 제외) : 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음 날
   나. 갑상선암, 기타피부암 : 계약일
2. 갱신형(갱신계약)의 경우 : 이 특별약관의 갱신일



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 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 제34조(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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

24-2. 암사망(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제8조(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 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표
: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표①】 참조

25. 재진단암Ⅲ진단비(갱신형_20년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 재진단암Ⅲ진단비 : 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

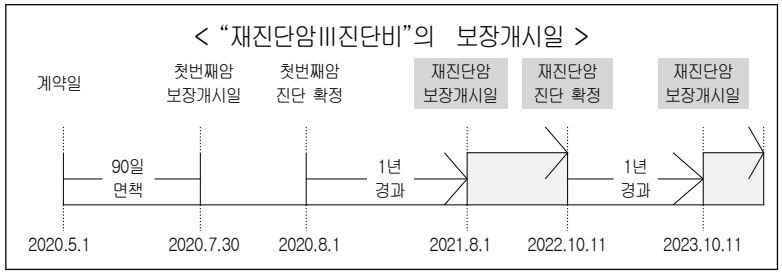
구 분	지 급 금 액
재진단암Ⅲ진단비 (기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) "재진단암Ⅲ진단비"의 보장개시일은 다음 각 호

를 따릅니다.

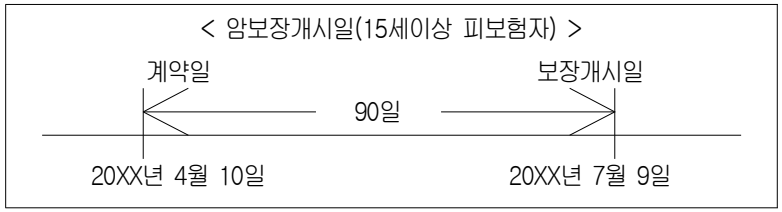
1. 첫 번째 「재진단암」 : 「첫번째암」진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날
2. 두 번째 이후 「재진단암」 : 직전 「재진단암」진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다)이 지난날의 다음날



② 제1항 제1호의 「첫번째암」은 「암보장개시일」이후에 최초로 진단받은 암(기타피부암, 갑상선암 제외)을 말합니다.

③ 제2항의 「암보장개시일」은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.

1. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
2. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 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 「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]

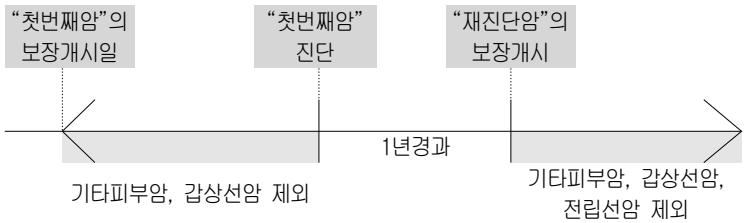
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

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 「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)))

【「첫번째암」 및 「재진단암」의 정의에서 제외되는「암」 예시】



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.

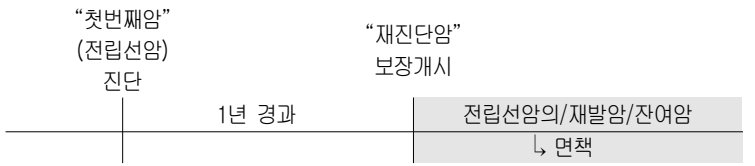
⑤ 제3항에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

⑥ 제3항에서 「재발암」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathogical Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」또는 「재진단암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」또는 「재진단암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

⑦ 제3항에서 「잔여암」이란 「첫번째암」 또는 「재진단암」에 대한 보장개시일 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 "재진단암Ⅲ진단비"는 지급하지 않습니다.

【「첫번째암」이 「전립선암」인 경우 보장예시】

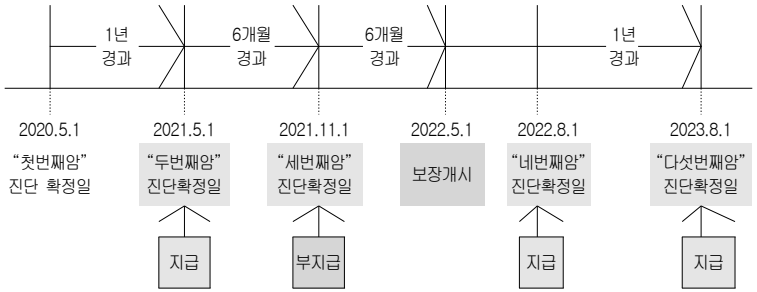


⑨「첫번째암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑩「재진단암」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 「재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

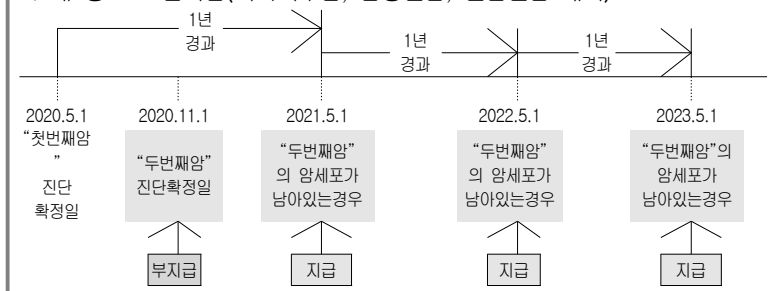
【「재진단암Ⅲ진단비」의 보장예시 】

1. 제3항 제1호 ~ 제3호 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



2. 제3항 4호 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)

3. 제3항 4호 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



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, 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

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 세부규정) 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 제34조(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 이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 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-1]세까지 「제2장 10-1. 암진단비(유사암제외) 특별약관」, 「제2장 10-2. 암진단비(유사암제외)(추가) 특별약관」 또는 「제2장 10-3. 암진단비(유사암제외)(갱신형_20년) 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

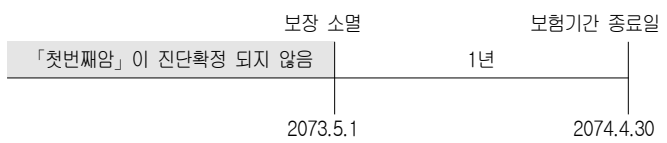
제10조(특별약관의 소멸)

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.

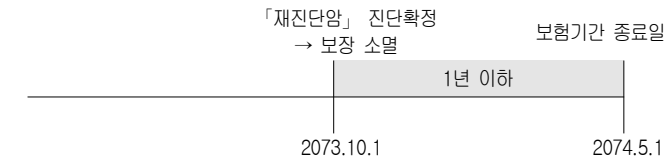
1. 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 갱신종료나이의 계약해당일까지의 잔여 기간이 그 날을 포함하여 1년 이하인 경우
2. 「재진단암」이 진단확정 되어 "재진단암III진단비"가 지급되고, 갱신종료나이의 계약해당일까지의 잔여기간이 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

【 재진단암III진단비 보장소멸 예시 】

1. 「첫번째암」이 진단확정 되지 않고, 잔여기간이 1년 이하인 경우



2. 「재진단암」 진단확정 시점에 잔여기간이 1년 이하인 경우



② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【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 진단확정 되고 그 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 경우 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
급성심근경색증 사망보험금	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 분류

표」(【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(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.

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)

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.

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 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당 여부를 판단합니다.

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

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표

준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

27. 급성심근경색증진단비 특별약관

27-1. 급성심근경색증진단비 특별약관

27-2. 급성심근경색증진단비(갱신형_20년) 특별약관

27-1은 비갱신형으로 운영하며,
27-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 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	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	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 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.

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 종합병

원 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)

27-2. 급성심근경색증진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 급성심근경색증 분류표
: 제2장 26. 급성심근경색증사망 특별약관 【별표】 참조

28. 허혈성심질환사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 허혈성심질환사망보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「허혈성심질환」의 정의 및 진단확정)의 「허혈성심질환」으로 진단확정 되고 그 허혈성심질환을 직접적인 원인으로 사망한 경우 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
허혈성심질환 사망보험금	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	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, 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.

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)

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.

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 허혈성심질환사망보험금 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 허혈성심질환 분류표

① 약관에 규정하는 허혈성심질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 허혈성심질환 해당 여부를 판단합니다.

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 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병

해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

29. 허혈성심질환진단비 특별약관
29-1. 허혈성심질환진단비 특별약관
29-2. 허혈성심질환진단비(갱신형_20년) 특별약관

29-1은 비갱신형으로 운영하며,
29-2는 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
허혈성심질환 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, 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.

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)
29-2. 허혈성심질환진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 허혈성심질환 분류표
: 제2장 28. 허혈성심질환사망 특별약관 【별표】 참조

30. 뇌출혈진단비 특별약관

30-1. 뇌출혈진단비 특별약관

30-2. 뇌출혈진단비(갱신형_20년) 특별약관

30-1은 비갱신형으로 운영하며,
30-2는 갱신형으로 운영합니다.

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
뇌출혈 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(「뇌출혈」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌출혈」이라 함은 「뇌출혈 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 지주막하출혈, 뇌내출혈, 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 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「뇌출혈」로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 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 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)를 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)
30-2. 뇌출혈진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 뇌출혈 분류표

① 약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌출혈 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

31. 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 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 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

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

[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. 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)

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.

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 뇌졸중사망보험금 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 뇌졸중 분류표

① 약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌졸중 해당 여부를 판단합니다.

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 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

32. 뇌졸중진단비 특별약관

32-1. 뇌졸중진단비 특별약관

32-2. 뇌졸중진단비(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. 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
뇌졸중 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(「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 국

내의 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 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

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

[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. 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. 뇌졸중진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 뇌졸중 분류표
: 제2장 31. 뇌졸중사망 특별약관 【별표】 참조

33. 뇌혈관질환사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 뇌혈관질환사망보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌혈관질환」의 정의 및 진단확정)의 「뇌혈관질환」으로 진단확정 되고 그 뇌혈관질환을 직접적인 원인으로 사망한 경우 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
뇌혈관질환사망보험금	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	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 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 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 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 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)를 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)

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.

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 뇌혈관질환사망보험금 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 뇌혈관질환 분류표

① 약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 해당 여부를 판단합니다.

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	I 67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I 68
10. 뇌혈관 질환의 후유증	I 69

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

34. 뇌혈관질환진단비 특별약관

34-1. 뇌혈관질환진단비 특별약관

34-2. 뇌혈관질환진단비(갱신형_20년) 특별약관

34-1은 비갱신형으로 운영하며,
34-2는 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, 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 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 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 화상검사법

[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. 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)

34-2. 뇌혈관질환진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌혈관질환진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 뇌혈관질환 분류표
: 제2장 33. 뇌혈관질환사망 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	지 급 금 액
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 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 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 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상검사법

[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. 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.

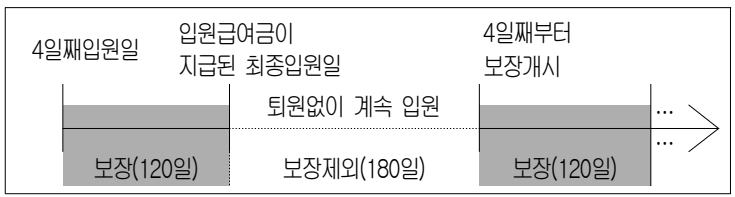
② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

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) 제1호의 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 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 「뇌졸중」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 뇌졸중입원비(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 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비

용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 뇌졸중 분류표
: 제2장 31. 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 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 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 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상검사법

[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. 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 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.

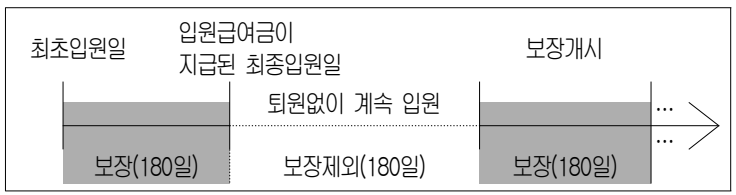
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 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 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 「뇌졸중」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항에 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)

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 기능장해, 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 뇌졸중 분류표
: 제2장 31. 뇌졸중사망 특별약관 【별표】 참조

37. 뇌졸중 및 급성심근경색증입원비(4일-120일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 뇌졸중 및 급성심근경색증입원비(4일-120일) : 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 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
뇌졸중 및 급성심근경색증입원비(4일-120일)	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액 (120일 한도)

제2조(「뇌졸중 및 급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표①】 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 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 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 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상검사법

[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. 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

③ 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표②】 참조)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 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 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 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, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 「뇌졸중 및 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 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

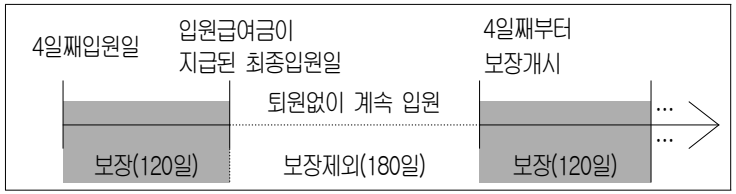
② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「뇌졸중 및 급성심근경색증의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「뇌졸중 및 급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌졸중 및 급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중 및 급성심근경색증」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중 및 급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌졸중 및 급성심근경색증」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌졸중 및 급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 뇌졸중 및 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 「뇌졸중 및 급성심근경색증」에 대한 입원이라도 뇌졸중 및 급성심근경색증입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만 다음과 같이 뇌졸중 및 급성심근경색증입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌졸중 및 급성심근경색증입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 「뇌졸중 및 급성심근경색증」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 뇌졸중 및 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 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 뇌졸중 분류표
: 제2장 31. 뇌졸중사망 특별약관 【별표】 참조

【별표②】 급성심근경색증 분류표
: 제2장 26. 급성심근경색증사망 특별약관 【별표】 참조

38. 뇌졸중 및 급성심근경색증입원비(1일-180일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 뇌졸중 및 급성심근경색증입원비(1일-180일) : 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 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
뇌졸중 및 급성심근경색증입원비(1일-180일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(180일 한도)

제2조(「뇌졸중 및 급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표①】 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 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 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 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]
Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상검사법

[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. 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

③ 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표②】 참조)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 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 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 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, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 「뇌졸중 및 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 관리하에 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 「뇌졸중 및 급성심근경색증의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「뇌졸중 및 급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌졸중 및 급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중 및 급성심근경색증」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중 및 급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌졸중 및 급성심근경색증」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌졸중 및 급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

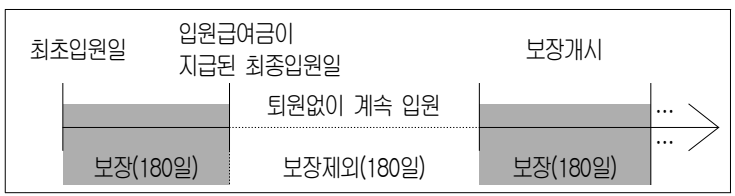
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 뇌졸중 및 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 「뇌졸중 및 급성심근경색증」에 대한 입원이라도 뇌졸중 및 급성심근경색증입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

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



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 「뇌졸중 및 급성심근경색증」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 뇌졸중 및 급성심근경색증입원비(1일-180일)은 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 제3

자의 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 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 기능장해, 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 뇌졸중 분류표
: 제2장 31. 뇌졸중사망 특별약관 【별표】 참조

【별표②】 급성심근경색증 분류표
: 제2장 26. 급성심근경색증사망 특별약관 【별표】 참조

39. 7대질병입원비(4일-120일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 7대질병입원비(4일-120일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「7대질병」의 정의 및 진단확정)의 「7대질병」으로 진단확정되고 「7대질병」치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
7대질병입원비(4일-120일)	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(120일한도)

제2조(「7대질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「7대질병」이라 함은 「7대질병 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 1. 심장질환, 2. 뇌혈관질환, 3. 간질환, 4. 고혈압질환, 5. 당뇨병질환, 6. 만성하부호흡기 질환, 7. 위궤양 및 십이지장궤양으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「7대질병」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, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

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 「7대질병」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.

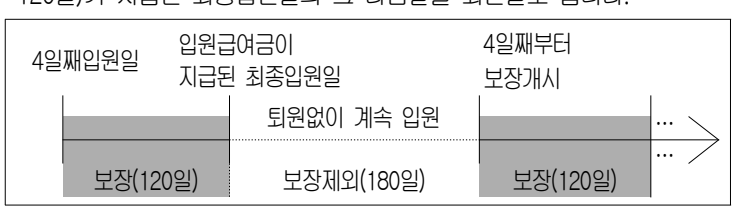
② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「7대질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「7대질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「7대질병」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「7대질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「7대질병」으로 진단된 경우에는 이는 「7대질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 7대질병입원비(4일-120일) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 「7대질병」에 대한 입원이라도 7대질병입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 7대질병입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 7대질병입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 「7대질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라

7대질병입원비(4일-120일)은 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)

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 기능장해, 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 7대질병 분류표

① 약관에 규정하는 7대질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 7대질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타형태의 심장병	I30~I52

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
	- 수막구균성 심장막염(I32.0*)	A39.5+
	- 수막구균성 심내막염(I39.8*)	
	- 수막구균성 심근염(I41.0*)	
	- 수막구균성 심장염 NOS(I52.0*)	
	칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6+
뇌혈관질환	뇌혈관질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스 간염(K77.0*)	B25.1+
	- 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1+
고혈압 질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증	H35.02
당뇨병 질환	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

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의사구체장애	N08.3
만성 하부호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성만성기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
위궤양 및 십이지장 궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명부위의 소화성 궤양	K27

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.
4. 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병·사인분류」를 참고)

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

40. 14대특정질병입원비(4일-120일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 14대특정질병입원비(4일-120일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「14대특정질병」의 정의 및 진단확정)의 「14대특정질병」으로 진단확정되고 「14대특정질병」치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
14대특정질병입원비 (4일-120일)	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(120일한도)

제2조(「14대특정질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「14대특정질병」이라 함은 「14대특정질병 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. 백내장, 12. 녹내장, 13. 결핵, 14. 신부전으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「14대특정질병」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, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

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 「14대특정질병」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 「14대특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「14대특정질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「14대특정질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「14대특정질병」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「14대특정질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「14대특정질병」으로 진단된 경우에는 이는 「14대특정질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

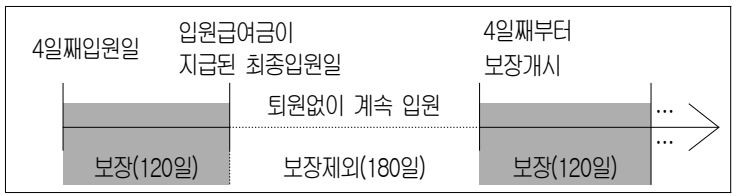
① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 14대특정질병입원비(4일-120일) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 「14대특정질병」에 대한 입원이라도 14대특정질병입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 14대특정질병입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일

부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 14대특정질병입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 「14대특정질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 14대특정질병입원비(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 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 14대특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 14대특정질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중

다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 14대특정질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
당뇨병 질환	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
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+
고혈압 질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증	H35.02
뇌혈관 질 환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스 간염(K77.0*)	B25.1+
	- 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1+
위·십이지장궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명부위의 소화성궤양	K25~K27
갑상선 질 환	갑상선의 장애	E00~E07
	- 갑상선이상성 안구돌출(E05.0+)	H06.2*
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
동 맥 경화증	죽상경화증	I70
만 성 하부호흡기 질 환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성 만성기관지염	J41
	상세불명의 만성기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
폐 렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0+
	- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2+
	- 수두 폐렴(J17.1*)	B01.2+
	- 폐 톡소포자충증(J17.3*)	B58.3+
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
백내장	노년성 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타장애	H27
녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
결 핵	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*
	- 결핵성 복막염(A18.3+)	K67.3*
	- 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성	K93.0*

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
	장애(A18.3+)	
	결핵의 후유증	B90
신부전	신부전	N17~N19

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.
4. 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병·사인분류」를 참고)

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

41. 16대특정질병입원비(4일-120일) 특별약관

41-1. 16대특정질병입원비(4일-120일) 특별약관

41-2. 16대특정질병입원비(4일-120일)(갱신형_20년) 특별약관

41-1은 비갱신형으로 운영하며,
41-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수

익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 16대특정질병입원비(4일-120일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「16대특정질병」의 정의 및 진단확정)의 「16대특정질병」으로 진단확정되고 「16대특정질병」치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
16대특정질병입원비 (4일-120일)	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(120일한도)

제2조(「16대특정질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「16대특정질병」이라 함은 「16대특정질병 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. 관절염, 12. 백내장, 13. 녹내장, 14. 결핵, 15. 신부전, 16. 생식기질환으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「16대특정질병」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, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

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 「16대특정질병」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 「16대특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「16대특정질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「16대특정질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「16대특정질병」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「16대특정질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「16대특정질병」으로 진단된 경우에는 이는 「16대특정질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

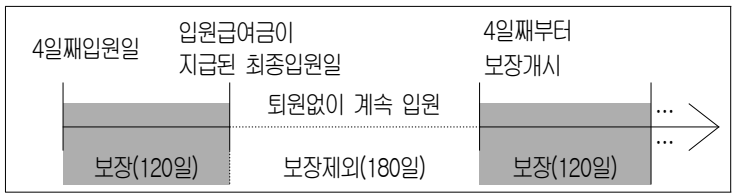
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 16대특정질병입원비(4일-120일) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 「16대특정질병」에 대한 입원이라도 16대특정질병입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 16대특정질병입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 16대특정질병입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 「16대특정질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 16대특정질병입원비(4일-120일)은 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)

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 기능장해, 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

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

41-2. 16대특정질병입원비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 16대특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 16대특정질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 16대특정질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
당뇨병 질환	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
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+
고혈압 질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증	H35.02
뇌혈관 질 환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스 간염(K77.0*)	B25.1+
	- 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1+
위·십이지장 궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명부위의 소화성궤양	K25~K27
갑상선 질 환	갑상선의 장애	E00~E07
	- 갑상선이상성 안구돌출(E05.0+)	H06.2*
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
동 맥 경화증	죽상경화증	I70
만 성	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
하부호흡기 질 환	단순성 및 점액화농성 만성기관지염	J41
	상세불명의 만성기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속상태	J46
폐 렴	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 병원체에 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
관절염	감염성 관절병증	M00~M03
	(결핵 관절염(A18.0+) 제외)	(M01.1제외)
	염증성 다발 관절병증	M05~M14
	(당뇨병성 관절병증 제외)	(M14.2제외)
	- 류마티스 폐질환(M05.1+)	J99.0*
	관절증	M15~M19
	기타 관절장애	M20~M25

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
백내장	노년성 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타장애	H27
녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
결 핵	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*
	- 결핵성 복막염(A18.3+)	K67.3*
	- 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3+)	K93.0*
	결핵의 후유증	B90
신부전	신부전	N17~N19
생식기 질환	남성생식기관의 질환	N40~N45, N47~N51
	- 편모충성 전립선염(N51.0*)	A59.01+
	- 전립선의 결핵(N51.0*)	A18.13+
	- 기타 남성 생식기관의 결핵(N51.-*)	A18.14+
	- 볼거리고환염(N51.1*)	B26.0+
	여성골반내 기관의 염증성 질환	N70~N77
	- 자궁경부의 결핵(N74.0)	A18.15+

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
	- 결핵성 여성 골반 염증 질환, 결핵성 자궁내막염, 결핵성 난소염 및 난관염(N74.1)	A18.16+
	여성 생식기관의 비염증성 장애 (습관적유산자(N96) 제외) (여성 불임(N97) 제외) (인공 수정과 관련된 합병증(N98) 제외)	N80~N95
	달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.
4. 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병·사인분류」를 참고)

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

42. 34대특정질병수술비 특별약관

42-1. 34대특정질병수술비 특별약관

42-2. 34대특정질병수술비(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. 34대특정질병수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「34대특정질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「34대특정질병」으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분		지 급 금 액		
		비갱신형 및 갱신형(최초계약)		갱신형(갱신계약)
		계약일로부터 1년미만	계약일로부터 1년이후	갱신일로부터
A	당뇨병질환, 심장질환, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 폐렴, 녹내장, 황반변성, 결핵, 신부전	수술1회당이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술1회당이 특별약관 보험가입금액	수술1회당이 특별약관 보험가입금액
B	관절염, 백내장, 생식기질환, 급성상기도감염, 담낭담도질환, 중이의 진주종, 귀경화증, 소화기계통의 양성신생물, 중이·호흡계통 및 흉곽	수술1회당이 특별약관 보험가입	수술1회당이 특별약관 보험가입	수술1회당이 특별약관 보험가입

	의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추 신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 유방의 양성신생물, 골다공증	금액의 5%	금액의 10%	금액의 10%
C	담석증, 사타구니탈장, 편도염, 축농증			

제2조(「34대특정질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「34대특정질병」이라 함은 「34대특정질병 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. 담낭담도질환, 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, 29. 유방의 양성신생물, 30. 골다공증, 31. 담석증, 32. 사타구니탈장, 33. 편도염, 34. 축농증으로 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 「34대특정질병」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, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

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, 선천성질병으로 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 디

스크 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)

42-2. 34대특정질병수술비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 34대특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 34대특정질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 34대특정질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병			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

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		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. 고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
		고혈압성 심장병	I11
		고혈압성 신장병	I12
		고혈압성 심장 및 신장병	I13
		이차성 고혈압	I15
		고혈압성 뇌병증	I67.4
		고혈압성 망막병증	H35.02
	4. 뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
	5. 간질환	바이러스 간염	B15~B19
		간의 질환	K70~K77

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		- 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 기관지염	J40
		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 병원체에 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+

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		- 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*
		- 결핵성 복막염(A18.3+)	K67.3*
		- 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3+)	K93.0*
		결핵의 후유증	B90
	14. 신부전	신부전	N17~N19
B	15. 관절염	감염성 관절병증	M00~M03
		(결핵 관절염(A18.0+) 제외)	(M01.1제외)
		염증성 다발 관절병증	M05~M14
		(당뇨병성 관절병증 제외)	(M14.2 제외)

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		- 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. 생식기질환	남성생식기관의 질환	N40~N45, N47~N51
		- 편모충성 전립선염(N51.0*)	A59.01+
		- 볼거리고환염(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 처치후 장애	N99
	18. 급성상기도 감염	급성상기도감염	J00-J06
	19. 담낭담도질	담낭염	K81

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
	환	담낭의 기타질환	K82
		담도의 기타질환	K83
	20. 중이의 진주종	중이의 진주종	H71
	21. 귀경화증	귀경화증	H80
	22. 소화기계통의 양성신생물	기타 및 부위불명 소화기계통의 양성 신생물	D13
	23. 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물	중이 및 호흡계통의 양성 신생물	D14
		기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 양성 신생물	D15
	24. 골 및 관절연골의 양성신생물	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
	25. 조직의 양성신생물	중피조직의 양성 신생물	D19
		후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물	D20
		결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D21
	26. 수막의 양성신생물	수막의 양성 신생물	D32
	27. 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	28. 갑상선 및 내분비선의 양성신생물	갑상선의 양성 신생물	D34
		기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
	29. 유방의 양성신생물	유방의 양성 신생물	D24
	30. 골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
		병적 골절이 없는 골다공증	M81
		달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82*
		골연속성의 장애	M84
C	31. 담석증	담석증	K80
	32. 사타구니탈장	사타구니탈장	K40
	33. 편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
	34. 축농증	만성 부비동염	J32

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.
4. 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병·사인분류」를 참고)

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

43. 치핵수술비 특별약관

43-1. 치핵수술비 특별약관

43-2. 치핵수술비(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. 치핵수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「치핵」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「치핵」으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
치핵수술비	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(「치핵」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「치핵」이라 함은 「치핵분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「치핵」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

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 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 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

43-2. 치핵수술비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 치핵 분류표

① 약관에 규정하는 치핵으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 치핵 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 치핵 및 항문주위정맥혈전증 포함 - 치질 제외 - 출산 및 산후기 합병(O87.2), 임신 합병(O22.4)	K64

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

44. 노인성질환입원비(4일-120일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수

익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 노인성질환입원비(4일-120일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「노인성질환」의 정의 및 진단확정)의 「노인성질환」으로 진단확정되고 「노인성질환」치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
노인성질환입원비(4일-120일)	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(120일한도)

제2조(「노인성질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「노인성질환」이라 함은 「노인성질환 분류표」(【별표】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「노인성질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

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 「노인성질환」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 을 이는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「노인성질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「노인성질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「노인성질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「노인성질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「노인성질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로「노인성질환」으로 진단된 경우에는 이는 「노인성질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

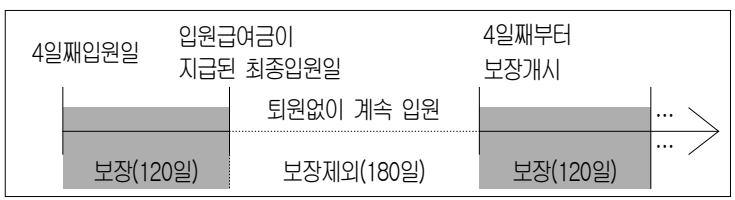
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 노인성질환입원비(4일-120일) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 「노인성질환」에 대한 입원이라도 노인성질환입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 노인성질환입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 노인성질환입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 「노인성질환」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 노인성질환입원비(4일-120일)은 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)

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 기능장해, 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 노인성질환 분류표

① 약관에 규정하는 노인성질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 노인성질환 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 알츠하이머병에서의 치매	F00
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
4. 상세불명의 치매	F03
5. 알츠하이머병	G30
6. 파킨슨 병	G20

7. 이차성 파킨슨증	G21
8. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22
9. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
10. 지주막하출혈	I60
11. 뇌내출혈	I61
12. 기타 비외상성 두 개내 출혈	I62
13. 뇌경색증	I63
14. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
15. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
16. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
17. 기타 뇌출관 질환	I67
18. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
19. 뇌혈관질환의 후유증	I69

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

45. 노인성질환수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 노인성질환수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「노인성질환」의 정의 및 진단확정)의 「노인성질환」로 진단확정되고 「노인성질환」 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
노인성질환수술비	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「노인성질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「노인성질환」이라 함은 「노인성질환 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「노인성질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

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 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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 노인성질환 분류표
: 제2장 44. 노인성질환입원비(4일-120일) 특별약관 【별표】참조

46. 남성특정비뇨기계질환입원비(4일-120일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 남성특정비뇨기계질환입원비(4일-120일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「남성특정비뇨기계질환」의 정의 및 진단확정)의 「남성특정

비뇨기계질환」으로 진단확정되고 「남성특정비뇨기계질환」치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
남성특정비뇨기계질환입원비 (4일-120일)	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(120일한도)

제2조(「남성특정비뇨기계질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「남성특정비뇨기계질환」이라 함은 「남성특정비뇨기계질환」(【별표】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「남성특정비뇨기계질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

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 「남성특정비뇨기계질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 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 「남성특정비뇨기계질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「남성특정비뇨기계질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「남성특정비뇨기계질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「남성특정비뇨기계질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「남성특정비뇨기계질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「남성특정비뇨기계질환」으로 진단된 경우에는 이는 「남성특정비뇨기계질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

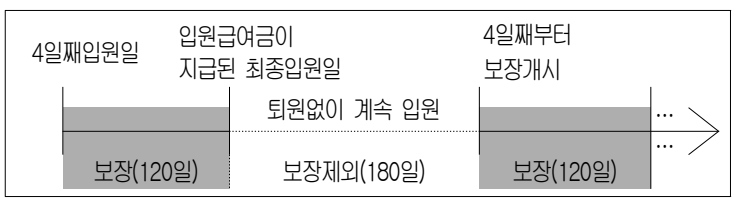
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 남성특정비뇨기계질환입원비(4일-120일) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 「남성특정비뇨기계질환」에 대한 입원이라도 남성특정비뇨기계질환입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 남성특정비뇨기계질환입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 남성특정비뇨기계질환입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 「남성특정비뇨기계질환」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 남성특정비뇨기계질환입원비(4일-120일)은 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)

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 기능장해, 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 남성특정비뇨기계질환 분류표

① 약관에 규정하는 남성특정비뇨기계질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 남성특정비뇨기계질환 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
사구체 질환	급성 신염 증후군	N00
	급속 진행성 신염 증후군	N01
	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	만성 신염 증후군	N03
	신 증후군	N04

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
	상세불명의 신염 증후군	N05
	명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨	N06
	달리 분류되지 않은 유전성 신장병증	N07
	달리 분류된 질환에서의 사구체 장애	N08
신세뇨관-간질질환	급성 세뇨관-간질신장염	N10
	만성 세뇨관-간질신장염	N11
	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	약물 및 중금속 유발성 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
	기타 세뇨관-간질 질환	N15
	달리 분류된 질환에서의 세뇨관-간질 장애	N16
신부전	급성 신부전	N17
	만성 신장병	N18
	상세불명의 신부전	N19
신장 및 요관의 기타장애	세뇨관 기능 손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장 위축	N26
	원인미상의 작은 신장	N27
	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28
	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
비뇨계통의 기타질환	방광염	N30
	달리 분류되지 않은 방광의 신경근육 기능 장애	N31

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
	방광의 기타 장애	N32
	달리 분류된 질환에서의 방광 장애	N33
	달리 분류된 질환에서의 요도 장애	N37
	비뇨기계통의 기타 장애	N39
남성 생식 기관의 질환	음낭수종 및 정액류	N43
	고환의 염전	N44
	고환염 및 부고환염	N45
	달리 분류되지 않은 남성 생식기관의 염증성 장애	N49
	남성 생식기관의 기타 장애	N50
	달리 분류된 질환에서의 남성 생식기관의 장애	N51
	- 편모충성 전립선염(N51.0*)	A59.01+
	- 전립선의 결핵(N51.0*)	A18.13+
	- 기타 남성 생식기관의 결핵(N51.-*)	A18.14+
	- 볼거리고환염(N51.1*)	B26.0+

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병

해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

47. 남성특정비뇨기계질환수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 남성특정비뇨기계질환수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「남성특정비뇨기계질환」의 정의 및 진단확정)의 「남성특정비뇨기계질환」로 진단확정되고 「남성특정비뇨기계질환」 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
남성특정비뇨기계질환수술비	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「남성특정비뇨기계질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「남성특정비뇨기계질환」이라 함은 「남성특정비뇨기계질환」(【별표】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「남성특정비뇨기계질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

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 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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 남성특정비뇨기계질환 분류표
: 제2장 46. 남성특정비뇨기계질환입원비(4일-120일) 특별약관 【별표】 참조

48. 부인과질병입원비(4일-120일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 부인과질병입원비(4일-120일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「부인과질병」의 정의 및 진단확정)의 「부인과질병」으로 진단확정되고 「부인과질병」치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
부인과질병입원비 (4일-120일)	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(120일한도)

제2조(「부인과질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「부인과질병」이라 함은 「부인과질병 분류표」(【별표】참조)에 해당하는 부인과질병으로 분류되는 질병을 말하며, 피보험자가 여성인 경우에만 가입이 가능합니다.

② 제1항의 「부인과질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

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 「부인과질병」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 「부인과질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「부인과질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「부인과질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「부인과질병」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「부인과질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「부인과질병」으로 진단된 경우에는 이는 「부인과질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

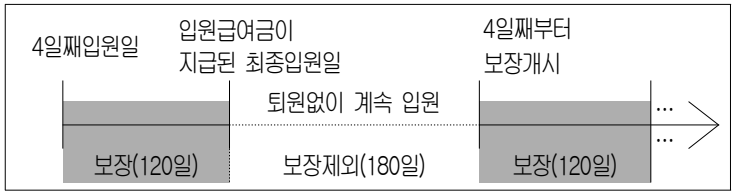
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 부인과질병입원비(4일-120일) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 「부인과질병」에 대한 입원이라도 부인과질병입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 부인과질병입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 부인과질병입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 「부인과질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 부인과질병입원비(4일-120일)은 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)

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 기능장해, 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 부인과질병 분류표

① 약관에 규정하는 부인과질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 부인과질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
제자리신생물	D00~D07, D09
양성신생물	D10~D36
행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37~D44, D47.0, D47.2 D47.7, D47.9, D48
유방의 장애	N60~N64
여성골반내 기관의 염증성 질환	N70~N77
- 자궁경부의 결핵(N74.0)	A18.15+
- 결핵성 여성 골반 염증 질환, 결핵성 자궁내막염, 결핵성 난소염 및 난관염(N74.1)	A18.16+
여성 생식기관의 비염증성 장애 (습관적유산자 (N96) 제외) (여성 불임 (N97) 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 (N98) 제외)	N80~N95

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

49. 6대특정질병(여성전용)입원비(4일-120일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 6대특정질병(여성전용)입원비(4일-120일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「6대특정질병(여성전용)」의 정의 및 진단확정)의 「6대특정질병(여성전용)」으로 진단확정되고 「6대특정질병(여성전용)」치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
6대특정질병(여성전용)입원비 (4일-120일)	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(120일한도)

제2조(「6대특정질병(여성전용)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「6대특정질병(여성전용)」이라 함은 「6대특정질병(여성전용) 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 1. 심장질환, 2. 뇌혈관질환, 3. 고혈압질환, 4. 당뇨병질환, 5. 위궤양 및 십이지장궤양, 6. 신부전으로 분류되는 질병을 말하며, 피보험자가 여성인 경우에만 가입이 가능합니다.

② 제1항의 「6대특정질병(여성전용)」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, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

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 「6대특정질병(여성전용)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 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 「6대특정질병(여성전용)의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「6대특정질병(여성전용)」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「6대특정질병(여성전용)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「6대특정질병(여성전용)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「6대특정질병(여성전용)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「6대특정질병(여성전용)」으로 진단된 경우에는 이는 「6대특정질병(여성전용)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

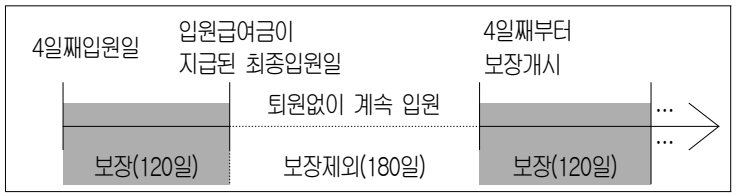
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 6대특정질병(여성전용)입원비(4일-120일) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 「6대특정질병(여성전용)」에 대한 입원이라도 6대특정질병(여성전용)입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 6대특정질병(여성전용)입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 6대특정질병(여성전용)입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 「6대특정질병(여성전용)」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 6대특정질병(여성전용)입원비(4일-120일)은 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)

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 기능장해, 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 6대특정질병(여성전용) 분류표

① 약관에 규정하는 6대특정질병(여성전용)으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 6대특정질병(여성전용) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
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+
뇌혈관질환	뇌혈관질환	I60~I69
고혈압 질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	고혈압성 망막병증	H35.02
당뇨병 질환	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
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명부위의 소화성 궤양	K27
신부전	신부전	N17~N19

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.
4. 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병·사인분류」를 참고)

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인

분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

50. 여성만성질병입원비(4일-120일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 여성만성질병입원비(4일-120일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「여성만성질병」의 정의 및 진단확정)의 「여성만성질병」으로 진단확정되고 「여성만성질병」치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
여성만성질병입원비 (4일-120일)	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(120일한도)

제2조(「여성만성질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「여성만성질병」이라 함은 「여성만성질병 분류표」(【별표】참조)에 해당하는 골다공증, 관절염으로 분류되는 질병을 말하며, 피보험자가 여성인 경우에만 가입이 가능합니다.

② 제1항의 「여성만성질병」의의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

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 「여성만성질병」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 「여성만성질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「여성만성질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「여성만성질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「여성만성질병」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「여성만성질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「여성만성질병」으로 진단된 경우에는 이는 「여성만성질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

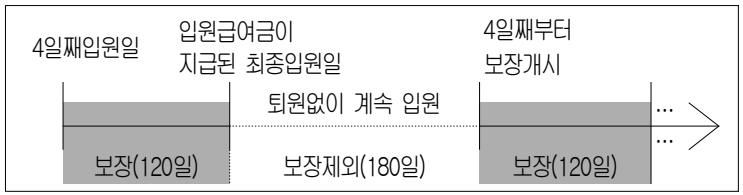
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 여성만성질병입원비(4일-120일) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 「여성만성질병」에 대한 입원이라도 여성만성질병입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 여성만성질병입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 여성만성질병입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 「여성만성질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 여성만성질병입원비(4일-120일)은 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 못할때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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 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 기능장해, 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 여성만성질병 분류표

① 약관에 규정하는 여성만성질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 여성만성질병 해당 여

부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82*
	골 연속성의 장애	M84
관절염	관절병증	M00~M25
	관절병성 건선(M07.0-M07.3*,M09.0*)	L40.5+
	류마티스 폐질환(M05.1+)	J99.0*

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

51. 희귀난치성질환입원비(4일-120일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 희귀난치성질환입원비(4일-120일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「희귀난치성질환」의 정의 및 진단확정)의 「희귀난치성질환」으로 진단확정되고 「희귀난치성질환」치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
희귀난치성질환입원비 (4일-120일)	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(120일한도)

제2조(「희귀난치성질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「희귀난치성질환」이라 함은 「희귀난치성질환 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「희귀난치성질환」의의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

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 「희귀난치성질환」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 「희귀난치성질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「희귀난치성질환」으로 진단이 된 질병의 치료를

목적으로 한 입원을 말하며, 「희귀난치성질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「희귀난치성질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「희귀난치성질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「희귀난치성질환」으로 진단된 경우에는 이는 「희귀난치성질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

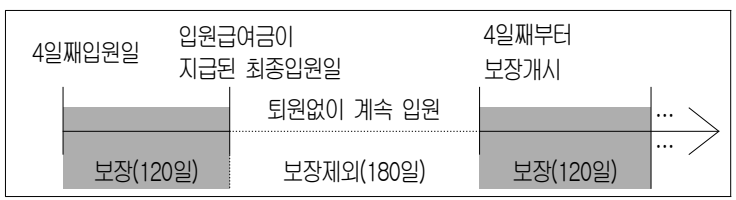
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 희귀난치성질환입원비(4일-120일) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 「희귀난치성질환」에 대한 입원이라도 희귀난치성질환입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 희귀난치성질환입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 희귀난치성질환입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 「희귀난치성질환」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 희귀난치성질환입원비(4일-120일)은 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)

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 기능장해, 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 희귀난치성질환 분류표

① 약관에 규정하는 희귀난치성질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 희귀난치성질환 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
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 염증성 질환(A18.1+)	N74.1*
- 결핵복막염(A18.3+)	K67.3*
- 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3+)	K93.0*
중추신경계통의 비정형바이러스감염	A81
인체면역결핍바이러스병	B20~B24
거대세포바이러스병	B25
크립토콕쿠스증	B45
뇌하수체의 양성신생물	D35.2
포도당-6-인산탈수소효소결핍에 의한 빈혈	D55.0
해당 효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2
지중해빈혈	D56
용혈-요독증후군	D59.3
발작성 야간헤모글로빈뇨	D59.5
후천성 순수적혈구 무형성[적모구감소]	D60
기타무형성빈혈	D61
선천성 적혈구조혈이상빈혈	D64.4
유전성 제8인자 결핍	D66
유전성 제9인자 결핍	D67
폰빌레브란트병	D68.0
유전성 제11인자 결핍	D68.1
기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2
정성적 혈소판결손	D69.1
에반스 증후군	D69.30
상세불명의 혈소판감소증	D69.6
무과립구증	D70

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
다형핵호중구의 기능장애	D71
림프세망 및 세망조직구 조직의 참여를 동반한 기타 명시된 질환	D76
항체결손이 현저한 면역결핍	D80
복합 면역결핍	D81
기타 주요 결손과 관련된 면역결핍	D82
공통가변성 면역결핍	D83
기타 면역결핍	D84
사르코이드증	D86
말단비대증 및 뇌하수체거인증	E22.0
고프로락틴혈증	E22.1
뇌하수체 기능저하	E23.0
쿠싱증후군	E24
부신생식기장애	E25
원발성 부신피질부전	E27.1
애디슨발증	E27.2
기타 및 상세불명의 부신피질부전	E27.4
기타 명시된 내분비장애	E34.8
활동성 구루병	E55.0
방향족아미노산대사장애	E70
측쇄아미노산 및 지방산 대사장애	E71
아미노산대사의 기타 장애	E72
젖당 불내성	E73
탄수화물대사의 기타장애	E74
스핑고지질대사장애 및 기타 지질축적장애	E75
글리코사미노글라이칸 대사 장애	E76

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
당단백질대사장애	E77
레쉬-니한 증후군	E79.1
기타 포르피린증	E80.2
구리 대사장애	E83.0
인대사 및 인산분해효소 장애	E83.3
낭성 섬유증	E84
아밀로이드증	E85
헌팅톤병	G10
유전성 운동실조	G11
척수성 근육위축 및 관련 증후군	G12
달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추 신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13
파킨슨병	G20
진행성 핵상안근마비 [스틸-리차드슨-올스제위스키]	G23.1
리이병	G31.81
다발경화증	G35
기타 전신뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.4
뇌전증지속상태	G41
발작수면 및 허탈발작	G47.4
멜커슨증후군	G51.2
복합부위통증증후군 II형	G56.4
유전성 운동 및 감각 신경병증	G60.0
염증성 다발신경병증	G61
달리 분류된 감염성 및 기생충성질환에서의 다발신경병증	G63.0

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
근육의 원발성장애	G71
자율신경계통의 기타 장애	G90.8
척수공동증 및 연수공동증	G95.0
연령과 관련된 삼출성 황반변성	H35.31
색소성 망막디스트로피	H35.51
감각성 망막을 주로 침범한 기타 디스트로피	H35.58
원발성 폐동맥 고혈압	I27.0
확장성 심근병증	I42.0
폐색성 비대성 심근병증	I42.1
기타 비대성 심근병증	I42.2
심내막심근(호산구성)병	I42.3
심내막탄력섬유증	I42.4
기타 제한성 심근병증	I42.5
모야모야병	I67.5
폐색성 혈전혈관염 [버거병]	I73.1
유전성 출혈성 모세혈관확장증	I78.0
버드-키아리 증후군	I82.0
폐포 및 벽측폐포 병태	J84.0
섬유증을 동반한 기타 간질성 폐질환	J84.18
크론병 [국소성 장염]	K50
궤양성 대장염	K51
원발성 담즙성 경변증	K74.3
자가면역성 간염	K75.4
보통 천포창	L10.0
낙엽 천포창	L10.2

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
수포성 유사천포창	L12.0
흉터 유사천포창	L12.1
후천성 수포성 표피박리증	L12.3
혈청검사 양성 류마티스관절염	M05
- 류마티스 폐질환(M05.1+)	J99.0*
절단성 관절염(L40.5+)	M07.1
건선 척추염(L40.5+)	M07.2
기타 건선관절병증	M07.3
연소성 류마티스 관절염	M08.0
연소성 강직척추염	M08.1
전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2
(혈청검사 음성인)연소성다발관절염	M08.3
결절성 다발동맥염	M30.0
폐 침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1
연소성 다발동맥염	M30.2
과민성 혈관염	M31.0
혈전성 미세혈관병증	M31.1
치사중간선육아종	M31.2
베게너육아종증	M31.3
대동맥궁증후군[다까야수]	M31.4
현미경적 다발혈관염	M31.7
전신홍반루프스	M32
피부다발근염	M33
전신경화증	M34
건조증후군[쉐그렌]	M35.0
기타 중복증후군	M35.1

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
베체트병	M35.2
류마티스성 다발근통	M35.3
미만성(호산구성) 근막염	M35.4
다초점 섬유경화증	M35.5
재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6
과가동성 증후군	M35.7
강직척추염	M45
진행성 골화근염	M61.1
뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
복합부위 통증증후군 I형	M89.0
재발성 다발연골염	M94.1
만성 신장병	N18
신장성 요붕증	N25.1
신생아의 호흡곤란	P22

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

52. 희귀난치성질환수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 희귀난치성질환수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「희귀난치성질환」의 정의 및 진단확정)의 「희귀난치성질환」으로 진단확정되고 「희귀난치성질환」 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
희귀난치성질환 수술비	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「희귀난치성질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「희귀난치성질환」이라 함은 「희귀난치성질환 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「희귀난치성질환」의의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

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(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 희귀난치성질환 분류표
: 제2장 51. 희귀난치성질환입원비(4일-120일) 특별약관 【별표】 참조

53. 충수염수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 충수염수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「충수염(맹장

염)」의 정의 및 진단확정)의 「충수염(맹장염)」으로 진단확정되고 「충수염(맹장염)」 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경과기간	지급금액
충수염수술비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「충수염(맹장염)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「충수염(맹장염)」이라 함은 「충수염(맹장염) 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 충수의 질환을 말합니다.

② 제1항의 「충수염(맹장염)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

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 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 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 충수염수술비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 충수염(맹장염) 분류표

① 약관에 규정하는 충수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 충수염(맹장염) 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
충수의 질환	K35~K38

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

54. 조혈모세포이식수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 조혈모세포이식수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 「조혈모세포이식수술」을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
조혈모세포이식수술비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 「조혈모세포이식」이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법령에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. 「동종(allogenic)골수조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를

가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

2. 「동종(allogenic)말초조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. 「자가(autologous)골수조혈모세포이식」이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. 「자가(autologous)말초조혈모세포이식」이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. 「제대혈조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

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 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)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 조혈모세포이식수술비 지급사유

가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

55. 간질환수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 간질환수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「간질환」의 정의 및 진단확정)의 「간질환」으로 진단확정되고 「간질환」 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
간질환수술비	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「간질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「간질환」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「간질환 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

②「간질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

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 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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 간질환 분류표

① 약관에 규정하는 간질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 간질환 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 바이러스간염	B15~B19
2. 간의 질환	K70~K77
- 거대세포바이러스 간염(K77.0*)	B25.1+
- 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1+

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

56. 말기간경화진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 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)

① 이 특별약관에서 「말기간경화」이라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한 가지 이상의 증상이 나타나야 합니다.

1. 통제가 불가능한 복수증
2. 영구적인 황달
3. 위나 식도벽의 정맥류
4. 간성 뇌증

② 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)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 보장에서 제외됩니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 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.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

57. 말기신부전증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수

익자에게 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	경과기간	지급금액
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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

58. 식중독입원비(4일-120일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 식중독입원비(4일-120일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「식중독」의 정의 및 진단확정)의 「식중독」으로 진단확정 되고 그 「식중독」의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급

구 분	지급금액
식중독입원비(4일-120일)	4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(120일한도)

제2조(「식중독」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「식중독」이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써 「식중독 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「식중독」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

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 「식중독」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 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 이 특별약관에서 「식중독의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「식중독」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「식중독」의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「식중독」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「식중독」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

다만 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「식중독」으로 진단된 경우에는 이는 「식중독」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

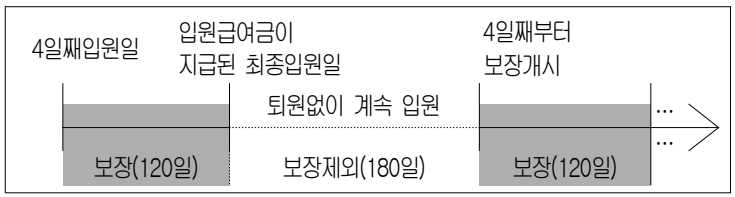
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 식중독입원비(4일-120일) 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 「식중독」에 대한 입원이라도 식중독입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 식중독입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 식중독입원비(4일-120일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 「식중독」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 식중독입원비(4일-120일)은 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)

제1조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 식중독 분류표

① 약관에 규정하는 식중독으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 식중독 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장 감염	A04
4. 달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장 질환	A07
7. 바이러스성 및 기타 명시된 장 감염	A08
8. 해산물로 섭취한 유해물질의 독성효과	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독성효과	T62

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

59. 특정전염병치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 특정전염병치료비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의)에서 규정하고 있는 감염병 중 제2조(「특정전염병」의 정의)에서 정한 특정전염병에 감염되어 전염병환자로 진

단받아 치료받은 경우에는 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
특정전염병치료비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「특정전염병」의 정의)

이 특별약관에서 「특정전염병」이라 함은 「특정전염병 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

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)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 특정전염병 분류표

① 약관에서 규정하는 특정전염병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정전염병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
콜레라	A00
장티푸스	A01.0
파라티푸스	A01.1~A01.4
상세불명의 시겔라증	A03.9
장출혈성 대장균감염	A04.3
페스트	A20
파상풍	A33~A35
디프테리아	A36
백일해	A37
급성 회색질척수염	A80
일본뇌염	A83.0
홍역	B05
풍진	B06
볼거리	B26
탄저병	A22
브루셀라병	A23
렙토스피라병	A27
성홍열	A38
수막구균 수막염	A39.0
기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
재향군인병, 비폐렴성 재향군인병[폰티액열]	A48.1~A48.2
발진티푸스	A75
광견병	A82
신장 증후군을 동반한 출혈열	A98.5
말라리아	B50~B54

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

60. 양성뇌종양진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 양성뇌종양진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「양성뇌종양」의 정의 및 진단확정)의 「양성뇌종양」으로 진단확정 되었을 경우 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 정맥기형 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 지급하지 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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

61. 중대한재생불량성빈혈진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 중대한재생불량성빈혈진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「중대한재생불량성빈혈」의 정의 및 진단확정)의 「중대한재생불량성빈혈」로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
중대한재생불량성빈혈진단비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「중대한재생불량성빈혈」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중대한재생불량성빈혈」이라 함은 '영구적인 재생불량성 빈혈' 로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 치료를 받고 있고 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병 상태를 말합니다.

② 제1항의 '영구적인 재생불량성 빈혈' 이라 함은 만성 골수부전상태로써 호중구 수가 200/㎣ 미만 이거나, 또는 골수세포충실성(bone marrow cellularity)이 25%이하 이고 동시에 다음중 2가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.

1. 호중구 수가 500/㎣ 미만
2. 혈소판 수가 20,000/㎣ 미만
3. 망상적혈구 수가 20,000/㎣ 미만

③ 단, 일시적이거나 회복이 가능한 「재생불량성빈혈」은 보장에서 제외 됩니다.

④ 이 특별약관에서 「중대한재생불량성빈혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

또한 회사가 「중대한재생불량성빈혈」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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 중대한재생불량성빈혈진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

62. 류마티스관절염(항류마티스약제)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 류마티스관절염(항류마티스약제) 진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「류마티스관절염(항류마티스약제)」의 정의 및 진단확정)의 「류마티스관절염(항류마티스약제)」으로 진단확정을 받은 경우 최초1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
류마티스관절염 (항류마티스약제)진단비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「류마티스관절염(항류마티스약제)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「류마티스관절염(항류마티스약제)」이라 함은 다음의 '가'와 '나'의 두 가지 요건을 모두 만족하는 질병을 말합니다.

가. 1. 제7차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016. 1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
혈청검사 양성 류마티스관절염	M05
[J99.0*: 류마티스 폐질환(M05.1+)]	J99.0*
기타 류마티스 관절염	M06

1) 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

나. 항류마티스약제(Disease modifying anti rheumatic drugs, DMARDs)로 치료를 받은 적이 있어야 합니다. 항류마티스약제(DMARDs)로 치료 받았거나 치료 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. (아세틸살리실산제제 등 비스테로이드성항염제는 제외됩니다.) 다만, 임상학적으로 류마티스관

절염 치료를 위해 항류마티스약제(DMARDs) 치료가 필요함에도 불구하고 다음의 1) 또는 2)에 해당되어 치료를 받지 못할 경우, 다음의 1) 또는 2)에 해당됨을 증명할 만한 문서화된 기록이나 증거로 대신할 수 있습니다.

1) 부작용 등의 이유로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받을 수 없는 경우
2) 항류마티스약제(DMARDs)를 대체할만한 새로운 대체 치료방법의 등장으로 인하여 항류마티스약제(DMARDs)로 치료받지 않는 경우

② 제1항의 「류마티스관절염(항류마티스약제)」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 「류마티스관절염(항류마티스약제)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

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 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 류마티스관절염(항류마티스약제) 진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

63. 중기이상 만성간질환진단비 특별약관

63-1. 중기이상 만성간질환진단비 특별약관
63-2. 중기이상 만성간질환진단비(갱신형_20년) 특별약관

63-1은 비갱신형으로 운영하며,
63-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 중기이상 만성간질환진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「중기이상 만성간질환」의 정의 및 진단확정)의 「중기이상 만성간질환」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
중기이상 만성간질환 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(「중기이상 만성간질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중기이상 만성간질환」은 만성적인 염증으로 인해 정상적인 간 조직이 재생결절(regenerative nodules; 작은 덩어리가 만들어지는 현상) 등의 섬유화 조직으로 바뀌어 간의 기능이 저하되는 간경변증으로 진단받고, 복수(ascites)가 확인된 경우를 말합니다.

② 제1항의 「간경변증」이라 함은 「간경변증 분류표」(【별표】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

③ 제1항의 「중기이상 만성간질환」의 진단 확정과 복수의 확인은 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사에 의해 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
또한 회사가「중기이상 만성간질환」의 조사나 확인을 위하여 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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

63-2. 중기이상 만성간질환진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 중기이상 만성간질환진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 간경변증 분류표

① 약관에 규정하는 간경변증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표

준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 간경변증 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
알코올성 간섬유증 및 간의 경화증	K70.2
알코올성 간경변증	K70.3
간의 섬유증 및 경화증을 동반한 독성간질환	K71.7
간의 섬유증 및 경변증	K74
간의 만성 수동울혈(심장성 간경화증)	K76.1

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

64. 중기이상 만성신부전증진단비 특별약관
64-1. 중기이상 만성신부전증진단비 특별약관
64-2. 중기이상 만성신부전증진단비(갱신형_20년) 특별약관

64-1은 비갱신형으로 운영하며,
64-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 중기이상 만성신부전증진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「중기이상 만성신부전증」의 정의 및 진단확정)의 「중기이상 만성신부전증」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
중기이상 만성신부전증 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(「중기이상 만성신부전증」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중기이상 만성신부전증」이라 함은 단백뇨가 지속적으로 나오거나 혈뇨와 같은 신장손상의 증거가 있는 등 신장기능이 3개월 이상 지속적으로 저하된 상태로 「만성 신장질환」(【별표】 참조)에 해당하는 질병으로 확정되고, 사구체 여과율(GFR) 수치가 3개월 이상 동안 반복적인 검사 결과 30mL/min/1.73㎡ 미만으로 지속된 경우를 말합니다.

② 제1항의 「중기이상 만성신부전증」의 진단 확정은 신장 초음파 검사에서 신장의 크기 및 요로폐쇄 징후 등을 확인한 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「중기이상 만성신부전증」의 조사나 확인을 위하여 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

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「만성 신장질환」(【별표】 참조)에 해당하는 질병 중에서 사구체 여과율(GFR) 수치가 30mL/min/1.73㎡ 미만인 경우가 발생한 상황에서 사구체 여과율(GFR) 수치가 3개월이상 동안 반복적인 검사결과 30mL/min/1.73㎡ 미만인 경우가 지속되던 중 보험기간이 만료되더라도 이 특별약관의 보험금을 지급합니다.

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)

64-2. 중기이상 만성신부전증진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 중기이상 만성신부전증진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 만성 신장질환 분류표

① 약관에 규정하는 만성 신장질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 만성 신장질환 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
만성신장병	N18

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.
② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

65. 중기이상 만성폐질환진단비 특별약관

65-1. 중기이상 만성폐질환진단비 특별약관

65-2. 중기이상 만성폐질환진단비(갱신형_20년) 특별약관

65-1은 비갱신형으로 운영하며,
65-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 중기이상 만성폐질환진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「중기이상 만성폐질환」의 정의 및 진단확정)의 「중기이상 만성폐질환」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
중기이상 만성폐질환 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(「중기이상 만성폐질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중기이상 만성폐질환」이라 함은「만성폐질환 분류표」(【별표】참조)에서 정한 질병 중에서 폐장이 비가역적인 기능부전을 보여서 그 결과 평지에서의 보행에도 호흡곤란이 있는 상태로서 다음의 한 가지 기준 이상에 해당되어야 합니다.
   1. 폐기능 검사에서 최대한 노력하여 잘 불었을 때 1초간 노력성 호기량(FEV1.0)이 지속적으로 정상예측치의 40% 이하
   2. 비가역적인 만성 저산소증으로서 안정상태에서의 동맥혈 가스분석검사(ABGA)상 동맥혈 산소분압(PaO2)이 65 ㎜Hg 이하

② 제1항에도 불구하고 폐기능 검사성적과 동맥혈 가스분석검사는 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.

③「중기이상 만성폐질환」의 진단 확정은 정기적인 흉부X선 소견, 폐기능검사, 동맥혈 가스검사 등을 확인한 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「중기이상 만성폐질환」의 조사나 확인을 위하여 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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

65-2. 중기이상 만성폐질환진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 중기이상 만성폐질환진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 만성폐질환 분류표

① 약관에 규정하는 만성폐질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 만성폐질환 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
단순성및점액화농성만성기관지염	J41
상세불명의만성기관지염	J42
폐기종	J43
기타만성폐색성폐질환	J44
기관지확장증	J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
성인호흡곤란증후군	J80
폐부종	J81
기타 간질성 폐질환	J84
달리 분류되지 않은 호흡부전	J96

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

66. 말기 만성폐질환진단비 특별약관

66-1. 말기 만성폐질환진단비 특별약관

66-2. 말기 만성폐질환진단비(갱신형_20년) 특별약관

66-1은 비갱신형으로 운영하며,
66-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 말기 만성폐질환진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「말기 만성폐질환」의 정의 및 진단확정)의 「말기 만성폐질환」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
말기 만성폐질환 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(「말기 만성폐질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「말기 만성폐질환」이라 함은「만성폐질환 분류표」(【별표】 참조)에서 정한 질병 중에서 폐장이 비가역적인 기능부전을 보여서 그 결과 평지에서의 보행에도 호흡곤란이 있는 상태로서 다음의 한 가지 기준 이상에 해당되어야 합니다.

1. 폐기능 검사에서 최대한 노력하여 잘 불었을 때 1초간 노력성 호기량(FEV1.0)이 지속적으로 정상예측치의 30% 이하
2. 비가역적인 만성 저산소증으로서 안정상태에서의 동맥혈 가스분석검사(ABGA)상 동맥혈 산소분압(PaO2)이 60 ㎜Hg 이하

② 제1항에도 불구하고 폐기능 검사성적과 동맥혈 가스분석검사는 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.

③「말기 만성폐질환」의 진단 확정은 정기적인 흉부X선 소견, 폐기능 검사, 동맥혈 가스검사 등을 확인한 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가「말기 만성폐질환」의 조사나 확인을 위하여 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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

66-2. 말기 만성폐질환진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 말기 만성폐질환진단비 지급사유

가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 만성 폐질환 분류표
: 제2장 65. 중기이상 만성폐질환진단비 특별약관 【별표】 참조

67. 질병1~5종수술비II 특별약관

67-1. 질병1~5종수술비II 특별약관

67-2. 질병1~5종수술비II(갱신형_20년) 특별약관

67-1은 비갱신형으로 운영하며,
67-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 질병1~5종수술비II : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「1~5종수술 분류표」(【별표】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우 수술1회당 아래의 금액을 지급

수술종류	지 급 금 액	예 시 (보험가입금액 10만원 기준)
1종	보험가입금액	10만원
2종	보험가입금액의 2.5배 지급	25만원
3종	보험가입금액의 5배 지급	50만원
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 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, 선천성질병으로 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.
단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 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 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제7차 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병1~5종수술비Ⅱ에 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 질병1~5종수술비Ⅱ에 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 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 「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, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

67-2. 질병1~5종수술비Ⅱ(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 1-5종 수술분류표

Ⅰ. 일반 질병 및 상해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외)	1
근골(筋骨)의 수술[발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술 제외. 단, 수면무호	1

은 제외함] [치(齒) · 치은 · 치근(齒根) ·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]>	흡증(G47.3) 치료를 위한 수술은 보상함]	
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계·흉부 (胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술[개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3

의 수술	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacem aker) 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	5

	Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis)수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] (단, 직장탈근본수술은 제외)	4
비뇨기계·생식기계의 수술(인공임신중절수술은 제외함)	44. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술[개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류 교정수술은 제외]	4
	45. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	46. 방광류 교정수술	1
	47. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	48. 음경(陰莖) 절단수술(포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	49. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2
	50. 음낭관혈수술	1
	51. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	52. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술	1
	53. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	54. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	55. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	56. 부신(副腎) 절제수술	4

신경계의 수술	57. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	58. 신경(神經) 관혈수술	2
	59. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	60. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술[약물주입술은 제외]	61. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 포함)	1
	62. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	63. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	64. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	65. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	66. 각막, 공막 이식수술	2
	67. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	68. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	69. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	70. 망막박리(網膜剝離) 수술	2
	71. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외]	1
	72. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술	2
	73. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	74. 안와내종양절제수술	3
	75. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	76. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	77. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술[고막 패치술은 제외]	2
	78. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	79. 중이(中耳) 관혈수술[중이내 튜브유치술 제외]	2
	80. 중이내(中耳內) 튜브유치술[고막 패치술은 제외]	1
	81. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술[검사,	82. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3

처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	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) 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외)	1
	86. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술	
	86-1. 뇌, 심장	3
	86-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	86-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

㈜ 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.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery)(단, 기타피부암(C44) 제외) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)	5 3
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물 수술	3

㈜ 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 상해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.

Ⅲ. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

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

(1-5종 수술분류표 사용 지침)

1. '수술'이라 함은 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 의사의 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 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단) 등은 제외]를 하는 것을 말합니다.
2. '관혈(觀血)'수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)'수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제 또는 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <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 조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   ⑴ <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. 이때에 해당 최신수술기법은 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
   ⑵ 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <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 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술보험금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   ⑴ 미용 성형상의 수술
   ⑵ 피임(避妊) 목적의 수술
   ⑶ 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   ⑷ 검사 및 진단을 위한 수술 [생검 (生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

68. 5대기관질병수술비Ⅱ 특별약관

68-1. 5대기관질병수술비Ⅱ 특별약관

68-2. 5대기관질병수술비Ⅱ(갱신형_20년) 특별약관

68-1은 비갱신형으로 운영하며,
68-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 5대기관질병수술비Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌질환Ⅱ, 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
5대기관질병수술비Ⅱ	관혈수술(세부보장별 최초1회)	비갱신형 및 갱신형(최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
			계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액
		갱신형(갱신계약)	갱신일부터	세부보장 보험가입금액
	비관혈수술(세부보장별 최초1회)	비갱신형 및 갱신형(최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	세부보장 보험가입금액의 50%
			계약일로부터 1년이후 발생시	세부보장 보험가입금액
		갱신형(갱신계약)	갱신일부터	세부보장 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

관혈수술 보장	비관혈수술 보장
뇌질환Ⅱ 관혈수술비 보장	뇌질환Ⅱ 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 뇌질환Ⅱ, 심장질환, 간질환, 폐질환 및 신장질환으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 뇌질환Ⅱ, 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.

뇌질환Ⅱ의 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(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 직접치료목적의 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'은제외합니다.
3. 「신의료수술」함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 5대 기관별 특정질환의 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 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 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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

68-2. 5대기관질병수술비II(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 5대기관질병수술비II 지급사유가 발생된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 세부보장은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 세부보장의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에 따라 5대기관질병수술비II의 세부보장별로 각 1회씩 모두 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 최종 손해보장의 원인이 생긴 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 5대기관질병분류표

① 약관에 규정하는 5대기관질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 5대기관질병해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
뇌질환 II	뇌혈관 질환	I60~I69
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 심장막염(I32.0*)	A39.5+
	- 수막구균성 심내막염(I39.8*)	
	- 수막구균성 심근염(I41.0*)	
	- 수막구균성 심장염 NOS(I52.0*)	
	칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6+
간질환	바이러스간염	B15~B19
	간의질환	K70~K77
	거대세포바이러스성간염	B25.1
	톡소포자충간염	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 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

69. 요실금수술비(급여_연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자(여성을 대상으로 함)에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 요실금수술비(급여_연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「요실금」의 정의 및 진단확정)의 「요실금」으로 진단확정되고 「요실금」의 직접적인 치료를 목적으로 「요실금수술(급여)」을 받은 때에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
요실금수술비 (급여_연간1회한)	최초 계약	계약일로부터 1년미만 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
	갱신 계약	갱신일로부터	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

제2조(「요실금」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「요실금」이라 함은 제7차 한국표준질병사인분류에 있어서「요실금 분류표」(【별표①】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「요실금수술(급여)」이라 함은 「요실금수술 대상 수가코드」(【별표②】 참조)에 해당하는 수술을 말합니다.
다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 「요실금수술 대상 수가코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「요실금수술 대상 수가코드」를 따릅니다.

③ 제2항의 요실금수술(급여)은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 요실금수술 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

④「요실금」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가「요실금」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

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 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 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)

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 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.

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)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 8-1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 요실금 분류표

① 약관에 규정하는 「요실금」으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음

에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 요실금 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 스트레스 요실금	N39.3
2. 기타 명시된 요실금	N39.4
3. 상세불명의 요실금	R32

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표②】 요실금수술 대상 수가코드

약관에 규정하는 「요실금수술」로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용	수가코드
요실금수술 - 개복에 의한 수술	R3562
요실금수술 - 질강을 통한 수술 - 자가근막을 이용한 경우(근막채취료 포함)	R3564
요실금수술- 질강을 통한 수술 - 기타의 경우	R3565

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「요실금수술」에 준하여 「요실금수술 수가코드」를 결정합니다.

70. 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 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 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 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

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

[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. 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(「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 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 뇌졸중 분류표
: 제2장 31. 뇌졸중사망 특별약관 【별표】 참조

71. 뇌졸중 및 급성심근경색증수술비Ⅱ 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 급성심근경색증 수술비Ⅱ	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 「뇌졸중 분류표」(【별표①】 참조)에 해당하는 1. 지주막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출

혈, 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 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 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 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

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

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 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

③ 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표②】 참조)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 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 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 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 의료기관

에서 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(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 뇌졸중 분류표
: 제2장 31. 뇌졸중사망 특별약관 【별표】 참조

【별표②】 급성심근경색증 분류표
: 제2장 26. 급성심근경색증사망 특별약관 【별표】 참조

72. 뇌혈관질환수술비 특별약관

72-1. 뇌혈관질환수술비 특별약관
72-2. 뇌혈관질환수술비(갱신형_20년) 특별약관

72-1은 비갱신형으로 운영하며,
72-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수

익자에게 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 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 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 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

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

[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. 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(「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

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)

72-2. 뇌혈관질환수술비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 뇌혈관질환 분류표
: 제2장 33. 뇌혈관질환사망 특별약관 【별표】 참조

73. 허혈성심질환수술비 특별약관

73-1. 허혈성심질환수술비 특별약관

73-2. 허혈성심질환수술비(갱신형_20년) 특별약관

73-1은 비갱신형으로 운영하며,
73-2는 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 허혈심장질환, 6. 만성 허혈심장병으로 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, 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 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)

73-2. 허혈성심질환수술비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 허혈성심질환 분류표
: 제2장 28. 허혈성심질환사망 특별약관 【별표】 참조

74. 뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비 특별약관
74-1. 뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비 특별약관
74-2. 뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비 (갱신형_20년) 특별약관

74-1은 비갱신형으로 운영하며, 74-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 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
뇌혈관 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 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 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.

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 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 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 화상검사법

[뇌혈관조영술]

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)를 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 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

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)

74-2. 뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 뇌혈관질환 분류표
: 제2장 33. 뇌혈관질환사망 특별약관 【별표】 참조

【별표②】 허혈성심질환 분류표
: 제2장 28. 허혈성심질환사망 특별약관 【별표】 참조

75. 두 번째 뇌출혈진단비(갱신형_20년) 특별약관

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 분류되는 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 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 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「뇌출혈」로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 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 화상검사법

[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. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성

하는 촬영법

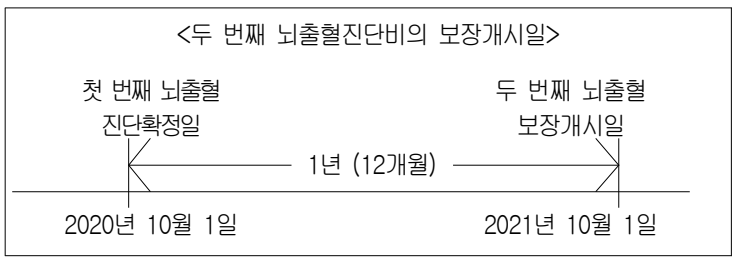
[양전자 방출 단층술(PET)]
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

[뇌척수액 검사]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

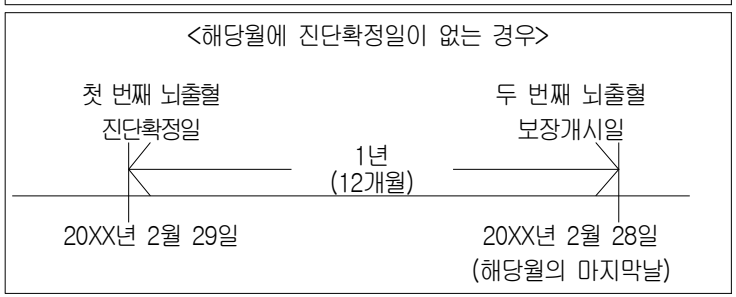
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 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.

<두 번째 뇌출혈진단비의 보장개시일>



<해당월에 진단확정일이 없는 경우>



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 제34조(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 뇌출혈」로 진단 확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 「첫번째 뇌출혈」로 진단 확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 「첫번째 뇌출혈」의 진단확정일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 다시 적용합니다.

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

① 이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 8-1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 [갱신종료나이-1]세까지 「첫번째 뇌출혈」이 진단

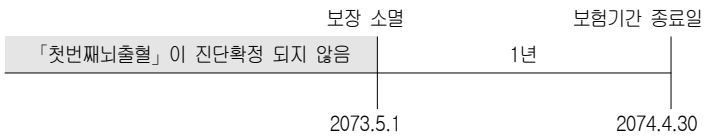
확정되지 않은 경우 이 특별약관은 더 이상 갱신되지 않습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 「첫 번째 뇌출혈」이 진단확정 되지 않고, 갱신종료나이의 계약해당일까지의 잔여 기간이 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



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 제26조(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.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 뇌출혈 분류표
: 제2장 30. 뇌출혈진단비 특별약관 【별표】 참조

76. 두 번째 급성심근경색증진단비(갱신형_20년) 특별약관

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 『첫번째 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(치과의

사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 급성심근경색증의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

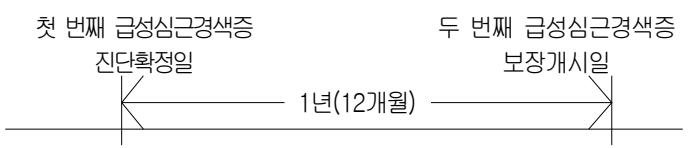
⑤ 제4항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

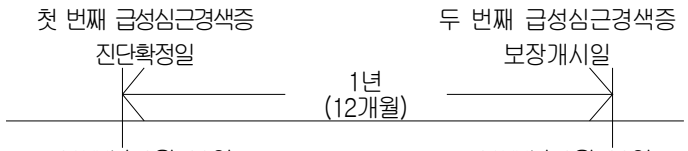
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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.

<두 번째 급성심근경색증진단비의 보장개시일>



<해당월에 진단확정일이 없는 경우>



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)

① 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 제34조(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」로 진단 확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하

여 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)

① 이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 8-1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

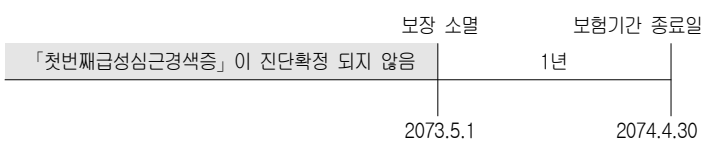
② 제1항에도 불구하고 [갱신종료나이-1]세까지 「첫번째 급성심근경색증」이 진단 확정되지 않은 경우 이 특별약관은 더 이상 갱신되지 않습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 「첫 번째 급성심근경색증」이 진단확정 되지 않고, 갱신종료나이의 계약해당일까지의 잔여 기간이 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 제26조(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.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 급성심근경색증 분류표
: 제2장 26. 급성심근경색증 특별약관 【별표】 참조

77. 갑상선암(초기제외)진단비 특별약관

77-1. 갑상선암(초기제외)진단비 특별약관

77-2. 갑상선암(초기제외)진단비(갱신형_20년) 특별약관

77-1은 비갱신형으로 운영하며,
77-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 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
갑상선암진단비(초기제외)	비갱신형 및 갱신형(최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형(갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「갑상선암(초기제외)」의 정의 및 진단확정)

① 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 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration), 혈액(hemicsystem) 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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

77-2. 갑상선암진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

78. 70대특정질병수술비 특별약관

78-1. 70대특정질병수술비 특별약관

78-2. 70대특정질병수술비(갱신형_20년) 특별약관

78-1은 비갱신형으로 운영하며,
78-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 70대특정질병수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「70대특정질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「70대특정질병」으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분	경과기간		지급금액
19대 특정 질병수술비	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

구 분	경과기간		지급금액
19대 특정 질병수술비II	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
22대 특정 질병수술비II	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
6대 특정 질병수술비	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
다빈도4대 질병수술비II	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

② 회사는 제1항에 대하여 아래 각각의 세부보장으로 운영합니다.

구 분	세 부 보 장
1	19대 특정 질병수술비
2	19대 특정 질병수술비II
3	22대 특정 질병수술비II
4	6대 특정 질병수술비
5	다빈도4대질병수술비II

제2조(「70대특정질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「70대특정질병」이라 함은 「19대특정질병」, 「19대특정질병II」, 「22대특정질병II」, 「6대특정질병」, 「다빈도4대질병II」 전부를 말합니다.

② 제1항의「19대특정질병」이라 함은 「19대특정질병 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	골다공증	16	담석증
17	사타구니탈장	18	편도염
19	축농증		

③ 제1항의「19대특정질병II」이라 함은 「19대특정질병II 분류표」(【별표②】 참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	복막의 질환	2	식도질환
3	위,십이지장질환	4	내이의 질환
5	단일신경병증	6	방광의 결석
7	비감염성장염 및 결장염	8	중이 및 유돌의 질환
9	척추변형	10	척추병증
11	비뇨계통의 기타질환	12	신장 및 요관의 기타장애
13	안면신경장애	14	인후부위의 특정질환
15	비뇨기관의 양성신생물	16	사구체질환
17	신세뇨관-간질질환	18	특정부위의 탈장
19	특정장질환		

④ 제1항의「22대특정질병II」이라 함은 「22대특정질병II 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	동맥경화증	8	만성하부호흡기질환
9	폐렴	10	녹내장
11	황반변성	12	결핵
13	신부전	14	급성췌장염
15	다발경화증	16	대동맥류
17	자율신경계통의 장애	18	중추신경계통의 염증성질환
19	췌장질환	20	파킨슨병
21	패혈증	22	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 제1항의「다빈도4대질병Ⅱ」이라 함은 「다빈도4대질병Ⅱ 분류표」(【별표⑤】참조)에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병			
1	유방의 양성신생물	2	유방의 장애
3	후각특정질환	4	갑상선질환

⑦ 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				
19대	19대Ⅱ	22대Ⅱ	6대	다빈도4대Ⅱ
10만원	20만원	100만원	5만원	5만원

(사례1)

○ A18.13+(전립선의 결핵)과 N51.1*(달리 분류된 질환에서의 전립선장애)를 동시에 진단받고 수술한 경우

진단코드	세부담보별 보상분류	가입금액
A18.13+	22대특정질병수술비Ⅱ의 “12.결핵”	100만원
	19대특정질병수술비의 “3.생식기질환”	10만원
N51.0*	19대특정질병수술비의 “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*	19대특정질병수술비Ⅱ의 “2.식도질환”	20만원
A18.82+	22대특정질병수술비Ⅱ의 “12.결핵”	100만원
	19대특정질병수술비Ⅱ의 “2.식도질환”	20만원

· K23.0*(결핵성 식도염)에 해당하는 20만원을 먼저 지급했다면,
⇒ A18.82+(달리 분류되지 않은 소화기관의 결핵)에 해당하는 보험금에서 차액 지급(100만원 - 20만원 = 80만원)

⑧ 제1항의 「70대특정질병」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, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

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, 선천성질병으로 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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

78-2. 71대특정질병수술비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 19대특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 19대특정질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 19대특정질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
가1	1.관절염	감염성 관절병증	M00~M03
		(결핵 관절염(A18.0+) 제외)	(M01.1*제외)
		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.생식기질환	남성생식기관의 질환	N40~N45, N47~N51
		- 편모충성 전립선염(N51.0*)	A59.01+
		- 전립선의 결핵	A18.13+
		- 기타 남성 생식기관의 결핵	A18.14+
		- 볼거리고환염(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 처치후 장애	N99
	4.급성상기도 감염	급성상기도감염	J00-J06
	5.담낭담도질환	담낭염	K81
		담낭의 기타질환	K82
		담도의 기타질환	K83
	6.중이의진주종	중이의 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 관절연골의	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
	양성신생물		
	11.조직의 양성신생물	중피조직의 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 중추신경계통의 양성신생물	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	14.갑상선 및 내분비선의 양성신생물	갑상선의 양성 신생물	D34
		기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35
	15.골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
		병적 골절이 없는 골다공증	M81
		달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82*
		골연속성의 장애	M84
가2	16.담석증	담석증	K80
	17.사타구니탈장	사타구니탈장	K40
	18.편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
	19.축농증	만성 부비동염	J32

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표②】 19대특정질병Ⅱ 분류표

① 약관에 규정하는 19대특정질병Ⅱ으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 19대특정질병Ⅱ 해당 여부를 판단합니다.

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

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
나2	4.내이의 질환	내이의 질환	H81~H83
	5.단일신경병증	팔의 단일신경병증	G56
		다리의 단일신경병증	G57
		기타 단일신경병증	G58
		달리 분류된 질환에서의 단일신경병증	G59
		(당뇨병성단일신경병증)	(G59.0제외)
	6.방광의 결석	방광의 결석	N21.0
	7.비감염성장염 및 결장염	크론병[국소성 장염]	K50
		궤양성 대장염	K51
		기타 비감염성 위장염 및 결장염	K52
	8.중이 및 유돌의 질환	중이 및 유돌의 질환	H65~H70
			H72~H75
		- 결핵성 중이염(H67.0*)	A18.6+
		- 중이염이 합병된 홍역(H67.1*)	B05.3+
		- 홍역후 중이염(H67.1*)	B05.3+
	9.척추변형	척주후만증 및 척주전만증	M40
		척주측만증	M41
		척추골연골증	M42
		기타 변형성 등병증	M43
	10.척추병증	강직척추염	M45
		기타 염증성 척추병증	M46
		척추증	M47
		기타 척추병증	M48

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
나3	11.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)
	12.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 요관의 기타 장애	N29
		- 신장의 결핵(N29.1*)	A18.10+
		- 요관의 결핵(N29.1*)	A18.18+
	13.안면신경장애	삼차신경의 장애	G50
		안면신경장애	G51
		기타 뇌신경의 장애	G52
	14.인후부위의 특정질환	편도주위 농양	J36
		만성 후두염 및 후두기관염	J37

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		달리 분류되지 않은 성대및 후두의 질환	J38
		상기도의 기타 질환	J39
나4	15.비뇨기관의 양성신생물	비뇨기관의 양성신생물	D30
	16.사구체질환	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+
	17.신세뇨관-간질질환	급성 세뇨관-간질신장염	N10
		만성 세뇨관-간질신장염	N11
		급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질신장염	N12
		폐색성 및 역류성 요로병증	N13
		약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14

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	18.특정부위의 탈장	대퇴탈장	K41
		배꼽탈장	K42
		복벽탈장	K43
		횡격막탈장	K44
		기타 복벽탈장	K45
		상세불명의 복벽탈장	K46
	19.특정장질환	장의 혈관장애	K55
		탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K56
		장의 게실병	K57

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표③】 22대특정질병II 분류표

① 약관에 규정하는 22대특정질병II으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 22대특정질병II 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병				분류번호
다1	1. 당뇨병질환	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. 고혈압질환	고혈압성 질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
			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.뇌혈관질환		뇌혈관 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.동맥경화증		죽상경화증	I70
	8.만성하부 호흡기질환		급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
			단순성 및 점액화농성 만성기관지염	J41

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		상세불명의 만성기관지염	J42
		천식	J45
		천식지속상태	J46
	9.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 병원체에 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
	10.녹내장	녹내장	H40
		달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
	11.황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3
	12.결핵	결핵	A15~A19
		- 결핵 관절염(A18.0+)	M01.1*
		- 척추의 결핵(A18.0+)	M49.0*
		- 뼈의 결핵(A18.0+)	M90.0*

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		- 결핵성 방광염(A18.1+)	N33.0*
		- 자궁경부의 결핵감염(A18.1+)	N74.0*
		- 여성 결핵성 골반 염증질환(A18.1+)	N74.1*
		- 결핵성 복막염(A18.3+)	K67.3*
		- 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3+)	K93.0*
		결핵의 후유증	B90
	13.신부전	신부전	N17~N19
다2	14.급성췌장염	급성 췌장염	K85
	15.다발경화증	다발경화증	G35
	16.대동맥류	대동맥동맥류 및 박리	I71
	17.자율신경계통의 장애	자율신경계통의 장애	G90
	18.중추신경계통의 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+

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		- 수막염이 합병된 홍역(G02.0*)	B05.1+
		- 볼거리수막염(G02.0*)	B26.1+
		- 풍진수막염(G02.0*)	B06.0+
		- 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	G07

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		척추내 농양 및 육아종	
		- 아메바성 뇌농양(G07*)	A06.6+
		- 수막결핵종(G07*)	A17.1+
		- 뇌 및 척수의 결핵종(G07*)	A17.80+
		- 기타 신경계통의 결핵(G07*)	A17.88+
		두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
		중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
	19.췌장질환	췌장의 기타 질환	K86
		달리 분류된 질환에서의 담낭 담도 및 췌장의 장애	K87
		- 거대세포바이러스췌장염(K87.1*)	B25.2+
		- 볼거리췌장염(K87.1*)	B26.3+
	20.파킨슨병	파킨슨병	G20
		이차성 파킨슨증	G21
	21.패혈증	연쇄구균패혈증	A40
		기타 패혈증	A41
	22.폐질환	폐기종	J43
		기타 만성 폐색성 폐질환	J44
		기관지확장증	J47
		하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
		흉막의 기타 질환	J90~J94

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.
4. 당뇨병질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은「한국표준질병·사인분류」를 참고)

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표④】 6대특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 6대특정질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 6대특정질병 해당 여부를 판단합니다.

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)
라2	3.근육장애	근염	M60
		근육의 석회화 및 골화	M61
		근육의 기타 장애	M62
		달리 분류된 질환에서의 근육장애	M63
	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*)	

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
		- 각막내피염(H19.1*)	
		- 아데노바이러스에 의한 각막결막염(H19.2*)	B30.0+
		- 유행성 각막결막염(H19.2*)	
		- 조선소눈병(H19.2*)	
		공막 각막 홍채 및 섬모체의장애	H20~H22
		- 결핵성 홍채섬모체염(H22.0*)	A18.5+
		- 홍채섬모체염(H22.0*)	B00.50+
		- 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

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.
② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표⑤】 다빈도4대질병Ⅱ 분류표

① 약관에 규정하는 다빈도4대질병Ⅱ으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 다빈도4대질병Ⅱ 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병			분류번호
마1	1.유방의 양성신생물	유방의 양성 신생물	D24
	2.유방의 장애	양성 유방형성이상	N60
		유방의 염증성 장애	N61
		유방의 비대	N62
		유방의 상세불명의 덩이	N63
		유방의 기타 장애	N64
	3.후각 특정질환	혈관운동성 및 앨러지성 비염	J30
		만성비염 비인두염 및 인두염	J31
		코폴립	J33
		코 및 비동의 기타장애	J34
	4.갑상선 질환	갑상선의 장애	E00~E07
		- 갑상선이상성 안구돌출(E05.0+)	H06.2*
		처치후 갑상선기능저하증	E89.0

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

79. 피부질환수술비(연간1회한) 특별약관

79-1. 피부질환수술비(연간1회한) 특별약관

79-2. 피부질환수술비(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관

79-1은 비갱신형으로 운영하며,
79-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 피부질환수술비(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「피부질환」의 정의 및 진단확정)의 「피부질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경과기간		지급금액
피부질환수술비 (연간1회한)	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	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 치료효과를 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 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 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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

79-2. 피부질환수술비(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 피부질환 분류표

① 약관에 규정하는 「피부질환」으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 피부질환 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	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 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

80. 대상포진진단비 특별약관

80-1. 대상포진진단비 특별약관

80-2. 대상포진진단비(갱신형_20년) 특별약관

80-1은 비갱신형으로 운영하며,
80-2는 갱신형으로 운영합니다.

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	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	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 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)

80-2. 대상포진진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 대상포진 분류표

① 약관에 규정하는 「대상포진」으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상포진 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
대상포진	B02

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

81. 대상포진눈병진단비 특별약관

81-1. 대상포진눈병진단비 특별약관

81-2. 대상포진눈병진단비(갱신형_20년) 특별약관

81-1은 비갱신형으로 운영하며,
81-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 대상포진눈병진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「대상포진눈병」의 정의 및 진단확정)의 「대상포진눈병」으로 진단 확정된 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
대상포진 눈병진단비	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「대상포진눈병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「대상포진눈병」이라 함은 「대상포진눈병 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「대상포진눈병」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 「대상포진눈병」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 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)

81-2. 대상포진눈병진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 대상포진눈병 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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 대상포진눈병 분류표

① 약관에 규정하는 「대상포진눈병」으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 대상포진눈병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
대상포진눈병	B02.3

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

82. 통풍진단비 특별약관

82-1. 통풍진단비 특별약관

82-2. 통풍진단비(갱신형_20년) 특별약관

82-1은 비갱신형으로 운영하며,
82-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 통풍진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「통풍」의 정의 및 진단 확정)의 「통풍」으로 진단 확정된 경우에는 최초1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
통풍진단비	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「통풍」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「통풍」이라 함은 「통풍」(【별표】 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.

②「통풍」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검

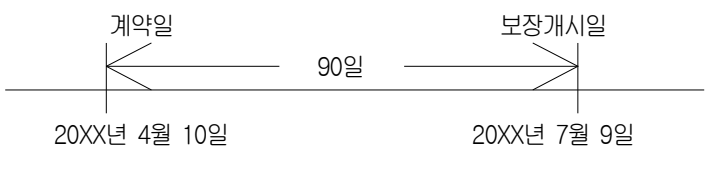
사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 내립니다. 또한 회사가「통풍」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 통풍 진단비의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   - 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신형(갱신계약)의 경우
   - 이 특별약관의 갱신일

< 통풍진단비의 보장개시일 >
(비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)



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

제4조(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(「통풍」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「통풍」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 제34조(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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

82-2. 통풍진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 통풍진단비 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 통풍 분류표

① 약관에 규정하는 「통풍」으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 통풍 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
통풍	M10

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

83. 혈전용해치료비(1회한) 특별약관

83-1. 혈전용해치료비(1회한) 특별약관

83-2. 혈전용해치료비(1회한)(갱신형_20년) 특별약관

83-1은 비갱신형으로 운영하며,
83-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 혈전용해치료비(1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌경색증(I63)」의 정의 및 진단확정)의 「뇌경색증(I63)」 또는 제3조(「급성심근경색증(I21)」의 정의 및 진단확정)의 「급성심근경색증(I21)」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)	비갱신형 및 갱신형(최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	각 세부보장별 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	각 세부보장별 보험가입금액
	갱신형(갱신계약)	갱신일로부터	각 세부보장별 보험가입금액

② 제1항에 해당하는 세부보장은 아래와 같습니다.

보 장
뇌경색증 혈전용해치료비(1회한)
급성심근경색증 혈전용해치료비(1회한)

제2조(「뇌경색증(I63)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌경색증(I63)」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분

류 중 분류번호 I63(뇌경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「뇌경색증(I63)」의 진단 확정은 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 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(I63)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「뇌경색증(I63)」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 화상검사법

[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. 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(「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 추정되는 경우

제4조(「혈전용해치료」의 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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

83-2. 혈전용해치료비(1회한)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 각각의 세부보장에 해당하는 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 제26조(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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

84. 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한) 특별약관

84-1. 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한) 특별약관

84-2. 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한)(갱신형_20년) 특별약관

84-1은 비갱신형으로 운영하며, 84-2는 갱신형으로 운영합니다.

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

구 분	지 급 금 액
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」(【별표】 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.

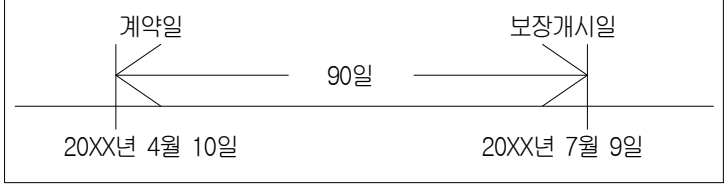
④ 이 특별약관에서「말기암환자 완화의료」이라 함은 「암관리법」제2조(정의) 제2호에 따라 통증과 증상의 완화를 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 말기암환자와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 하는 의료를 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한)의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   - 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신형(갱신계약)의 경우
   - 이 특별약관의 갱신일

< 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한)의 보장개시일 >
(비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)



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)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 제34조(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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

84-2. 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 「말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한)」 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는

적용하지 않습니다.

【별표】 악성신생물(암) 분류표
: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표①】 참조

85. 이차암진단비(갱신형_20년) 특별약관

제1조(보험료 납입면제)

회사는 피보험자가 보험기간 중 암진단비(유사암제외) 특별약관, 암진단비(유사암제외)(추가) 특별약관 또는 암진단비(유사암제외)(갱신형_20년) 특별약관의 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」(이하 「첫번째 암」이라 합니다)으로 진단확정되었을 때에는 차회 이후의 이 특별약관의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제2조(보험금의 지급사유)

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

1. 이차암진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제3조(「이차암」의 정의 및 진단 확정)의 「이차암」으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
이차암진단비	이 특별약관 보험가입금액

제3조(「이차암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「첫번째 암」이라 함은 피보험자가 암진단비(유사암제외) 특별약관, 암진단비(유사암제외)(추가) 특별약관 또는 암진단비(유사암제외)(갱신형_20년) 특별약관에서 정한 보장개시일 이후에 최초로 진단확정된 암(유사암제외)을 말합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유) 제1호의 「이차암으로 진단확정」이라 함은 다음의 한 가지에 해당되는 경우를 말합니다.

1. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에, 첫번째 암이 발생한 기관과 다른 기관에 새로운 암(원발암)이 진단확정된 경우
2. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에, 첫번째 암이 발생한 기관과 다른기관에 전이된 암[전이암(metastasic cancer)]이 진단확정된 경우

③ 제2항 제1호의 원발암[새로운 암(primary cancer)]이라 함은 원발부위에 발생한 암으로 첫번째 암과 다른 조직병리학적 특성(histopath ological appearance)을 가진 암을 말합니다.

④ 제2항 제2호의 전이된 암[전이암(metastatic cancer)]이라 함은 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 암을 말합니다.

⑤ 제2항의 다른기관 및 같은기관 여부는 「기관 분류표」(【별표①】 참조)에 따라 판단됩니다(이하 같습니다)

- 같은기관 및 다른기관 판단 예시

첫 번째 암	두 번째 암	판 정
입술의 악성신생물(C00)	구개의 악성신생물(C05)	다른기관
혓바닥의 악성신생물(C01)	혀의 기타 및 상세불명 부위의악성신생물(C02)	같은기관
결장의 악성신생물(C18)	기타 및 부위불명 소화기관의악성신생물(C26)	같은기관

제4조(「암(유사암제외)」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서

다음에 정한 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」(【별표②】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표②】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「제자리암(상피내암)」이라 함은 「제자리신생물(상피내암) 분류표」(【별표③】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표④】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

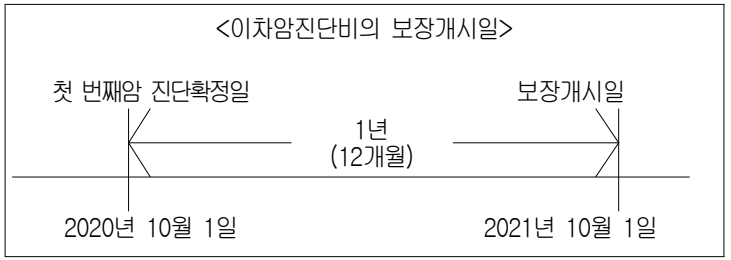
③ 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암(상피내암)」 및 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

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.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제1호의 이차암진단비에 대한 보장개시일은 첫 번째 암 진단확정일로부터 1년(12개월)이 지난 날의 다음 날입니다. 다만, 해당월의 진단확정일이 없는 경우에는 해당월의 마지막날을 진단확정일로 합니다.

<이차암진단비의 보장개시일>



② 유사암에 대한 보장은 제외됩니다.

③ 계약자는 피보험자가 첫 번째 암으로 진단확정된 이후 이차암 보장개시일의 전일 이전에 「이차(두번째)암」으로 진단확정 받았을 경우에는 「이차(두번째)암」 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 첫 번째암 진단확정일 시점의 이 특별약관에 대한 책임준비금을 돌려 드립니다. 다만, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

④ 첫 번째 암으로 진단확정된 이후 이차암 보장개시일 이전에 「이차(두번째)암」(이하 「이차(두번째)암A」라 합니다)으로 진단확정 되었으나 제3항에서 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 「이차(두번째)암A」가 동일한 기관(Organ)에 재발 또는 전이 되어 「이차(두번째)암」(이하 「이차(두번째)암B」라 합니다)으로 제2조(보험금의 지급사유) 지급사유가 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 첫 번째 암으로 진단확정된 이후 이차암 보장개시일 이전에 「이차(두번째)암A」로 진단확정 받았더라도 이차암 보장개시일로부터 5년이 지나는 동안 그 「이차(두번째)암A」으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 이차암 보장개시일로부터 5년이 지난 이후에는 「이차(두번째)암B」를 「이차(두번째)암」으로

간주하여 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금을 지급합니다.

⑥ 첫 번째 암으로 진단확정된 이후 이차암 보장개시일로부터 5년이 지나는 동안 그 「첫번째 암」으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 이차암 보장개시일로부터 5년이 지난 이후 「첫번째 암」과 동일한 기관(Organ)에 「암」이 진단확정된 경우에는 「두번째 암」으로 간주하여 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 보험금을 지급합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제2조(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)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 아래에 해당하는 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 첫번째 암으로 진단확정된 이후 이차암 보장개시일이전에, 암이 진단확정된 경우
2. 첫번째 암으로 진단확정된 '기관(organ)'과 같은 '기관(organ)'에, 암이 진단확정된 경우
3. 첫번째 암으로 진단확정된 기관이 두개 이상(예: 첫번째 암이 위(stomach) 와 간(liver)에 동시에 진단확정된 경우)인 경우, 그 기관들과 같은 기관(들)(예: 위 및/또는 간)에만 암이 진단확정된 경우
4. 첫번째 암으로 인하여 '중피성 및 연조직'「기관 분류표」(【별표①】 참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우
5. 첫번째 암으로 인하여 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계'「기관 분류표」(【별표①】 참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우
6. 첫번째 암이 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계' 「기관 분류표」(【별표①】 참조) 의 암 (예: 백혈병, 림프종, 골수종 등)으로 진단확정되고, 암이 다시 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계'의 암으로 진단확정된 경우

제7조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날 이전에 제4조(「암(유사암제외)」 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되어 있는 경우(단, 이 특별약관에 의하여 자동갱신 되는 경우는 제외합니다)에는 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 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제2조(보험금의 지급사유)의 이차암진단비가 지급된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(보험약관 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.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 기관 분류표

① 약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 암 해당 여부를 판단합니다.

구분	대 상 이 되 는 질 병	분류번호
입술, 구강 및 인두	1. 입술	C00
	2. 혀(혓바닥, 혀의 기타 부위)	C01, C02
	3. 잇몸	C03
	4. 입바닥	C04
	5. 구개	C05
	6. 입의 기타 구강 부위 및 '입술, 구강 및 인두'내 기타 기관	C06, C14
	7. 귀밑샘	C07
	8. 기타 주침샘	C08
	9. 편도	C09
	10. 인두(입인두, 비인두, 이상동, 하인두 포함)	C10, C11, C12, C13
	11. 식도	C15
	12. 위	C16
소화 기관	13. 소장	C17
	14. 직결장(직장구불결장 접합부 포함) 및	C18, C19,
	'소화기관'내 기타 기관	C20, C26 (C26.1제외)
	15. 항문 및 항문관	C21
	16. 간 및 간내 담관	C22
	17. 담낭	C23
	18. 기타 담도 부위	C24
	19. 췌장	C25
호흡기 및 흉곽내 장기	20. 비강 및 중이	C30
	21. 부비동	C31
	22. 후두	C32
	23. 기관	C33
	24. 기관지 및 폐 및 '호흡기 및 흉곽내 장기'내 기타 기관	C34, C39
	25. 흉선	C37
	26. 심장, 종격 및 흉막	C38
뼈 및 관절 연골	27. 골 및 관절연골	C40, C41
피부	28. 피부	C43, C44
중피성 및 연조직	29. 중피, 말초신경 및 자율신경 부위, 후복막 및 복막, 기타결합조직 및 연조직	C45, C47, C48, C49
유방	30. 유방	C50
여성 생식 기관	31. 외음	C51
	32. 질	C52
	33. 자궁(자궁경부, 자궁체부, 기타 자궁부	C53, C54,

구분	대 상 이 되 는 질 병	분류번호
	위) 및 '여성 생식기관'내 기타 기관	C55, C57
	34. 난소	C56
	35. 태반	C58
남성 생식 기관	36. 음경	C60
	37. 전립선 및 '남성 생식기관'내 기타 기관	C61, C63
	38. 고환	C62
요로	39. 신장, 신우 및 기타 비뇨기관	C64, C65, C68
	40. 요관	C66
	41. 방광	C67
눈, 뇌 및 중추 신경계	42. 눈 및 부속기	C69
	43. 수막	C70
	44. 뇌	C71
	45. 척수, 뇌신경 및 기타 중추신경 부위	C72
내분비샘	46. 갑상선	C73
	47. 부신	C74
	48. 기타 내분비선 및 관련구조물	C75
비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계	49. 비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계	C81-C96, C26.1,D45, D46,D47.1, D47.3, D47.4, D47.5

주1) 상기 분류번호 예시에 해당되지 않는 암의 경우 (C46, C76-C80, C97, U99), 회사는 암으로 진단확정된 '기관(organ)'을 병원 기록 또는 조직병리학적 검사결과를 통해 '기관(organ) 분류표'에 있는 각 개별'기관(organ)' 으로 분류합니다.

주2) 상기 분류번호 예시 중 C44 와 C73에 해당하는 암인 경우, 보장에서 제외합니다.

주3) 인체내에 두개 이상 존재하는 기관인 경우, 제 6차 개정 한국표준질병 사인분류에서 같은 이름으로 명명되고 있는 기관(organ)(예: 좌측 및 우측 유방, 신장, 고환, 폐, 요관, 난소, 부신, 눈, 부갑상선 등)은 같은 '기관(organ)' 으로 분류합니다.

주4) 제8차 개정 이후 한국표준질병 사인분류에 있어서, 상기 "분류번호 예시" 이외에 개별 '기관(organ)' 에 해당하는 분류번호가 있는 경우에는 그 분류번호도 포함하는 것으로 합니다.

주5) 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

주6) 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

주7) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표②】 악성신생물(암) 분류표
: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표①】 참조

【별표③】 제자리신생물(상피내암) 분류표
: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표②】 참조

【별표④】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표
: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표③】 참조

86. 추간판장애수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 추간판장애수술비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「추간판장애」의 정의 및 진단확정)의 「추간판장애」로 진단확정되고 「추간판장애」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
추간판장애수술비	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「추간판장애」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「추간판장애」라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「추간판장애 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

②「추간판장애」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

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 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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 추간판장애 분류표

① 약관에 규정하는 추간판장애로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 추간판장애 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 경추 간판 장애	M50
2. 기타 추간판장애	M51

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

87. 종합병원 질병입원비(1일-180일) 특별약관
87-1. 종합병원 질병입원비(1일-180일) 특별약관
87-2. 종합병원 질병입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관

87-1은 비갱신형으로 운영하며,
87-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 종합병원 질병입원비(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 종합병원에 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
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.

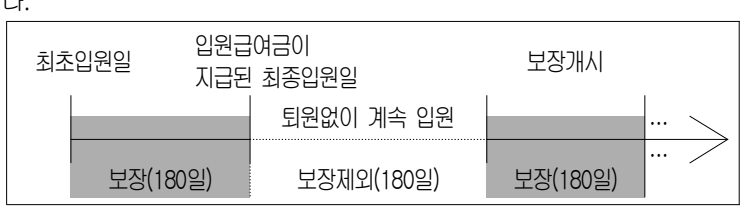
③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

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

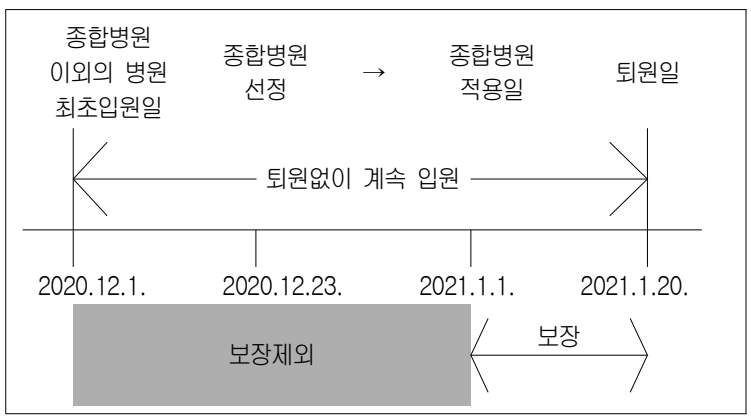


③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 종합병원 질병입원비(1일-180일)를 계속 보장하여 드립니다.

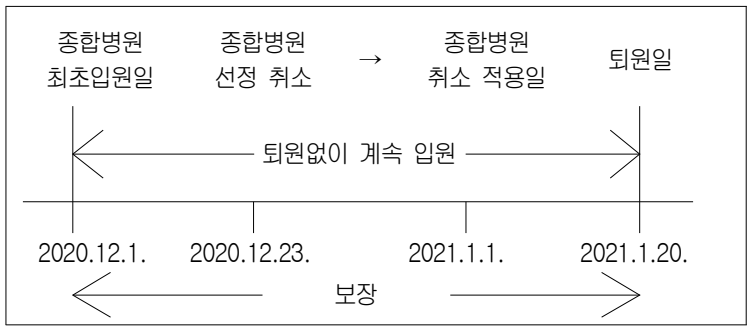
④ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 종합병원 질병입원비(1일-180일)를 지급합니다.

⑤ 피보험자가 「종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원」 퇴원일까지 종합병원 질병입원비(1일-180일)을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 종합병원 질병입원비(1일-180일)을 지급합니다.



⑦ 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 종합병원 질병입원비(1일-180일)을 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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

87-2. 종합병원 질병입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 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

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

88. 영구적장해동반뇌졸중Ⅱ진단비 특별약관

88-1. 영구적장해동반뇌졸중Ⅱ진단비 특별약관

88-2. 영구적장해동반뇌졸중Ⅱ진단비(갱신형_20년) 특별약관

88-1은 비갱신형으로 운영하며,
88-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 영구적장해동반뇌졸중Ⅱ진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「영구적장해동반뇌졸중Ⅱ」의 정의 및 진단확정)의 「영구적장해동반뇌졸중Ⅱ」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
영구적장해동반뇌졸중Ⅱ진단비	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「영구적장해동반뇌졸중Ⅱ」의 정의 및 진단확정)

① 「영구적장해동반뇌졸중Ⅱ」이라 함은 한국표준질병사인분류 중 I60(지주막하출혈), I61(뇌내출혈), I62(기타 비외상성 두개내출혈) 및 I63(뇌경색증)(이하 「뇌졸중Ⅱ」이라 합니다)에 해당하고 제2항 및 제3항을 모두 만족하는 경우를 말합니다.
다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 열공성 뇌경색증(Lacunar infarction)으로 분류되는 경우에는 보장에서 제외합니다.

② 「영구적장해동반뇌졸중Ⅱ」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

③ 이 진단은 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사(CSF)등의 검사에서 뇌졸중Ⅱ의 급성발병을 나타내는 이상 소견을 근거로 하여야 합니다.
또한, 병력-신경학적 검진에서 상기 검사와 일치하는 뇌졸중Ⅱ의 임상소견이 발병 당시 새롭게 출현하고 그 결과 영구적 장해가 나타남을 근거로 하여야 합니다. 여기서 "영구적 장해"란 주관적인 자각증상(symptom)이 아니라 신경학적 검사를 기초로 한 객관적인 신경학적 이상소견(sign)으로 나타난 영구적인 장해(「신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때」(【별표】 참조)의 지급률이 3%이상인 장해상태)를 말합니다.
그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「영구적장해동반뇌졸중Ⅱ」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

88-2. 영구적장해동반뇌졸중II진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 영구적장해동반뇌졸중II진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때

1. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	3~100

2. 장해판정기준

가. 『신경계에 장해를 남긴 때』라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 「장해분류표」(【별표1】 참조)의 『<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표』의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나. 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

다. 이 외 판정기준과 관련된 내용은 「장해분류표」(【별표1】 참조) 총칙을 따릅니다

89. 간경변증(CP B이상)진단비 특별약관

89-1. 간경변증(CP B이상)진단비 특별약관

89-2. 간경변증(CP B이상)진단비(갱신형_20년) 특별약관

89-1은 비갱신형으로 운영하며,
89-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 간경변증(CP B이상)진단비: 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「간경변증(CP B이상)」의 정의 및 진단확정)의 「간경변증(CP B이상)」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
간경변증 (CP B이상) 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(「간경변증(CP B이상)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「간경변증(CP B이상)」이라 함은 「간경변증 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 질병으로 진단받고 잔여 간기능이 Child-Pugh 평가상 B등급 이상인 경우를 말합니다.

② 제1항의 Child-Pugh 평가는 「Child-Pugh 분류법」을 근거로 점수화 하여 각 항목별 합산한 점수가 5~6점은 A등급, 7~9점은 B등급, 10점 이상은 C등급으로 분류합니다.

<Child-Pugh 분류법>

구분	1점	2점	3점
혈청 빌리루빈(㎎/dL)	< 2.0	2.0 ~ 3.0	> 3.0
혈청 알부민(g/dL)	> 3.5	2.8 ~ 3.5	< 2.8
복수	없음	쉽게 조절됨	조절이 용이하지 않음
간성뇌증	없음	1도 ~ 2도	3도 ~ 4도
프로트롬빈 시간연장(초)/INR	< 4 / 1.7	4~6 / 1.7~2.3	> 6 / > 2.3

③ 제1항의 「간경변증(CP B이상)」의 진단확정은 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사에 의해 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

또한 회사가 「간경변증(CP B이상)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과 , 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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)

89-2. 간경변증(CP B이상)진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 간경변증(CP B이상)진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 간경변증 분류표
: 제2장 63. 중기이상 만성간질환진단비 특별약관 【별표】 참조

90. 초기이상만성폐질환진단비 특별약관
90-1. 초기이상만성폐질환진단비 특별약관
90-2. 초기이상만성폐질환진단비(갱신형_20년) 특별약관

90-1은 비갱신형으로 운영하며,
90-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 초기이상만성폐질환진단비: 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「초기이상만성폐질환」의 정의 및 진단확정)의 「초기이상만성폐질환」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
초기이상 만성폐질환 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(「초기이상만성폐질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「초기이상만성폐질환」이라 함은 「만성폐질환 분류표」(【별표】 참조)에서 정한 질병으로 인해 지속적인 호흡기 증상, 환기의 제한(airflow limitation)과 폐포의 이상(손상)을 특징으로 하는 만성적이고 비가역적인 폐기능의 저하로 일상생활의 기본동작의 제한을 받는 상태로서 다음에 해당되는 경우를 말합니다.

1. 폐기능 검사에서 최대한 노력하여 잘 불었을 때 1초간 노력성 호기량(FEV1.0)이 지속적으로 정상예측치의 50% 이하인 경우

② 제1항의 「초기이상만성폐질환」의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 의사의 정기적인 흉부X선 소견, 폐기능 검사 등을 포함한 진단서, 소견서 진료기록 등으로 확인 가능하여야 합니다. 다만, 폐기능 검사성적은 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.

또한 회사가 「초기이상만성폐질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과 , 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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)

90-2. 초기이상만성폐질환진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 초기이상만성폐질환진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 만성폐질환 분류표
: 제2장 65. 중기이상 만성폐질환진단비 특별약관 【별표】 참조

91. 만성폐쇄성폐질환진단비 특별약관

91-1. 만성폐쇄성폐질환진단비 특별약관

91-2. 만성폐쇄성폐질환진단비(갱신형_20년) 특별약관

91-1은 비갱신형으로 운영하며,
91-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 만성폐쇄성폐질환진단비: 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「만성폐쇄성폐질환」의 정의 및 진단확정)의 「만성폐쇄성폐질환」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
만성폐쇄성 폐질환 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(「만성폐쇄성폐질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「만성폐쇄성폐질환」이라 함은 「만성폐쇄성폐질환 분류표」(【별표】 참조)에서 정한 질병으로 진단확정되고, 폐활량측정법 검사결과 다음의 기준이 해당되어야 합니다.

1. 기관지확장제를 투여한 후 폐활량측정법으로 FVC(노력성폐활량), FEV1(1초간 노력성호기량)을 측정하여 1초간 FEV1/FVC이 0.7 미만

② 제1항의 「만성폐쇄성폐질환」의 진단 확정은 표준화된 방법으로 시행된

폐활량측정법 결과 등을 근거로하여, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
다만, 폐기능 검사성적은 그 성질이 변동하기 쉬운 것이기 때문에 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.또한 회사가 「만성폐쇄성폐질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과 , 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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)

91-2. 만성폐쇄성폐질환진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 만성폐쇄성폐질환진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 만성폐쇄성폐질환 분류표

① 약관에 규정하는 만성폐쇄성폐질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 만성폐쇄성폐질환 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
상세불명의 만성 기관지염	J42
폐기종	J43
기타 만성 폐색성 폐질환	J44

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

92. 만성신장질환(CKD 3기이상)진단비 특별약관

92-1. 만성신장질환(CKD 3기이상)진단비 특별약관

92-2. 만성신장질환(CKD 3기이상)(갱신형_20년) 특별약관

92-1은 비갱신형으로 운영하며,
92-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 만성신장질환(CKD 3기이상)진단비: 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「만성신장질환(CKD 3기이상)」의 정의 및 진단확정)의 「만성신장질환(CKD 3기이상)」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경과기간		지급금액
만성신장질환(CKD 3기이상) 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(「만성신장질환(CKD 3기이상)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「만성신장질환(CKD 3기이상)」 이라 함은 「만성신장질환 분류표」(【별표】 참조)에서 정한 질병으로 진단확정되고, 사구체여과율(GFR) 수치가 반복적인 검사결과 60mL/min/1.73m2 미만인 상태로 3개월 이상 지속되는 경우를 말합니다.

② 제1항의 「만성신장질환(CKD 3기이상)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 의사에 의하여 신장 초음파 검사에서 신장의 크기 및 요로폐쇄 징후 등의 확인을 통해 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

또한 회사가 「만성신장질환(CKD 3기이상)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과 , 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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)

92-2. 만성신장질환(CKD 3기이상)진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 만성신장질환(CKD 3기이상)진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 만성 신장질환 분류표
: 제2장 64. 중기이상 만성신부전증진단비 특별약관 【별표】 참조

93. 3대질병진단비III 특별약관

93-1. 3대질병진단비III 특별약관

93-2. 3대질병진단비III(갱신형_20년) 특별약관

93-1은 비갱신형으로 운영하며,
93-2는 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.

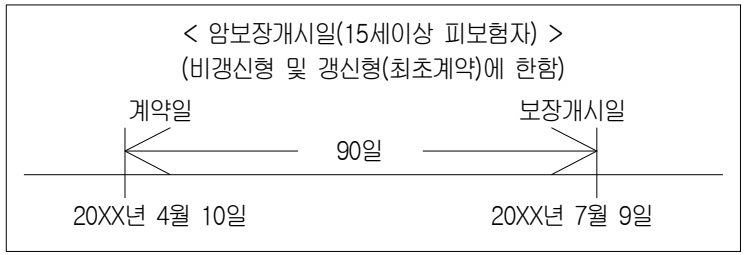
② 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 정의 및 진단확정

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 뇌졸중Ⅱ로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   나. 부검감정서상 사인이 뇌졸중Ⅱ로 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)를 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

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 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

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 90일이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일부터 「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 제34조(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)

93-2. 3대질병진단비III(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 3대질병진단비III 지급 사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

① 약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 암 해당 여부를 판단합니다.

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

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
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 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표②】 뇌졸중II 분류표

① 약관에 규정하는 뇌졸중II으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌졸중II 해당 여부를 판단합니다.

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 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표③】 급성심근경색증 분류표

① 약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해

당 여부를 판단합니다.

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

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

94. 재진단3대질병진단비(갱신형_20년) 특별약관

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	지 급 금 액
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

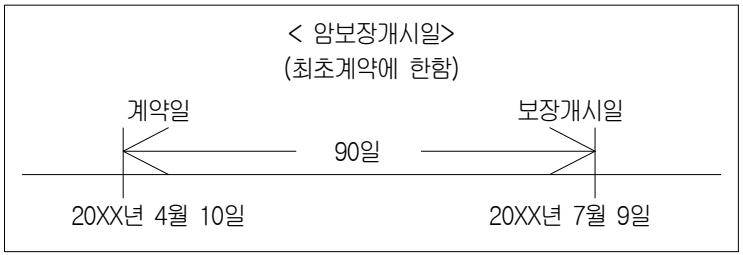
1. 제1항의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표①】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
   다만, 기타피부암(C44), 갑상선암(C73), 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

[유의사항]
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 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 다음을 따릅니다.
   가. 최초계약의 경우: 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
   나. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일



③「뇌졸중Ⅱ」의 정의 및 진단확정

1. 제1항의 「뇌졸중Ⅱ」라 함은 「뇌졸중Ⅱ 분류표」(【별표②】참조)에 해당하는 1. 지주막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두 개내 출혈, 4. 뇌경색증으로 분류되는 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 뇌졸중Ⅱ로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
   나. 부검감정서상 사인이 뇌졸중Ⅱ로 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 화상검사법

[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. 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

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 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

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)」,「뇌졸중Ⅱ」,「급성심근경색증」을 말합니다.

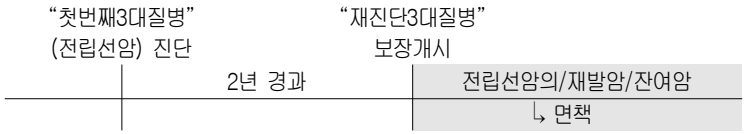
②「암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)」의 정의 및 진단확정

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(Histopahthological 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 「잔여암」이란 「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 개시하되, 원발부위가 「전립선암」인 「전립선암」의 「재발암」 및 「전립선암」의 「잔여암」에 대한 "재진단 3대질병 진단비"는 지급하지 않습니다.

【「첫번째3대질병」이 「전립선암」인 경우 보장예시】

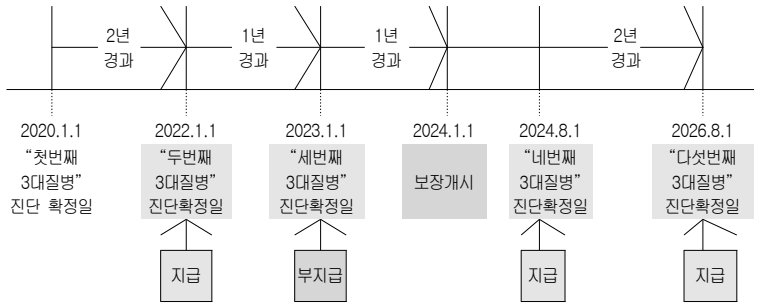


7.「암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

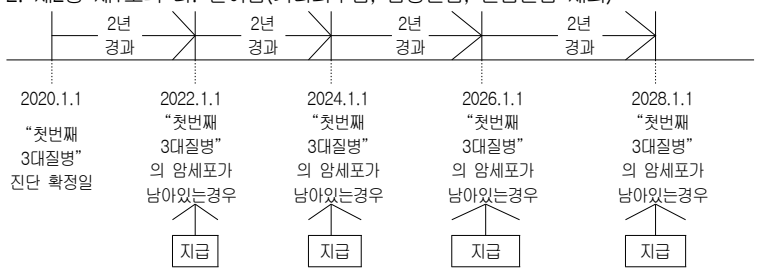
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

【「재진단3대질병」의 보장예시 】

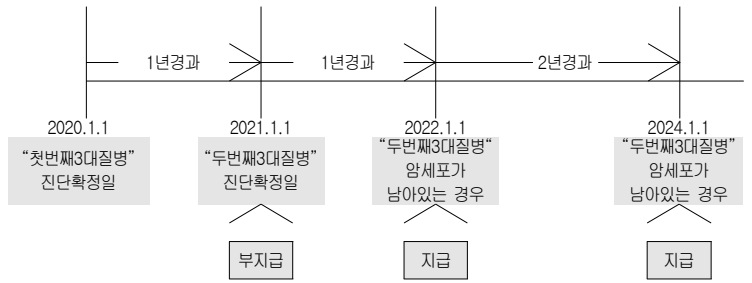
1. 제2항 제1호 가 ~ 다 새로운 원발암, 전이암, 재발암
(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



2. 제2항 제1호의 라. 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



3. 제2항 제1호의 라. 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



③「뇌졸중II」의 정의 및 진단확정

1. 제1항의 「뇌졸중II」이라 함은 「뇌졸중II 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 「뇌졸중II」으로 진단 확정을 받은 경우
   나.「첫번째 3대질병」 또는 「재진단 3대질병」으로 진단확정된 질병과 동일한 질병코드의 「뇌졸중II」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 「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 뇌졸중II으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 뇌졸중II으로 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 화상검사법

[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. 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

3. 제1호에서 질병코드는 「뇌졸중II 분류표」(【별표②】 참조)에서 정한 분류번호 중 '3자리 분류번호'를 말합니다.

3자리 분류번호

I60, I61, I62, I63의 3자리로 표현된 분류번호를 말하며, 예를 들어 I60.1의 3자리 분류번호는 I60을 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 진단확정일로 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

I60, I61, I62, I63의 3자리로 표현된 분류번호를 말하며, 예를 들어 I60.1의 3자리 분류번호는 I60을 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 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 치료효과를 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.

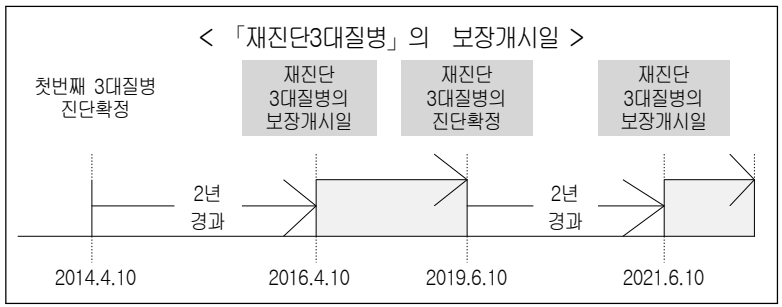
제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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 진단확정) 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 「암보장개시일」의 전일 이전에 제2조(「첫번째 3대질병」의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정된 경우에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일이전에 특별약관을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약일부터 「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.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(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 이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 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 93-1. 3대질병진단비III 특별약관」 또는 「제2장 93-2. 3대질병진단비III(갱신형_20년) 특별약관」의 제1조(보험금의 지급사유)가 발생하지 않은 경우
2. 이 특별약관의 보험금 지급사유가 발생하여 해당 보험금이 지급되고, 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

제11조(특별약관의 소멸)

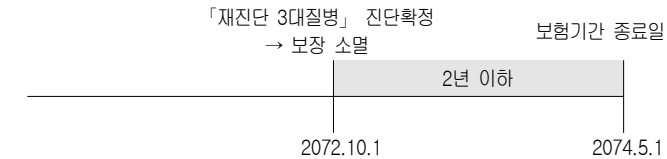
① 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산한 책임준비금이 있는 경우 해당 보장의 책임준비금을 지급합니다. 또한 회사는 이를 계약자 및 피보험자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

1. 「첫번째 3대질병」이 진단확정 되지 않고, 갱신종료나이의 계약해당일까지의 잔여 기간이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우
2. 「재진단 3대질병」이 진단확정 되어 재진단3대질병진단비가 지급되고, 갱신종료나이의 계약해당일까지의 잔여기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

【 재진단3대질병진단비 보장소멸 예시 】

1. 「첫번째 3대질병」이 진단확정 되지 않고, 잔여기간이 2년 이하인 경우

2. 「재진단 3대질병」 진단확정 시점에 잔여기간이 2년 이하인 경우



② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표
: 제2장 93. 3대질병진단비III 특별약관 【별표①】 참조

【별표②】 뇌졸중II 분류표
: 제2장 93. 3대질병진단비III 특별약관 【별표②】 참조

【별표③】 급성심근경색증 분류표
: 제2장 93. 3대질병진단비III 특별약관 【별표③】 참조

【별표④】 전립선암 분류표

① 약관에 규정하는 전립선암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 전립선암 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 전립선의 악성 신생물(암)	C61

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

95. 병적골절동반 골다공증진단비 특별약관

95-1. 병적골절동반 골다공증진단비 특별약관

95-2. 병적골절동반 골다공증진단비(갱신형_20년) 특별약관

95-1은 비갱신형으로 운영하며,
95-2는 갱신형으로 운영합니다.

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 골다공증 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(「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(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
또한 회사가 「병적골절동반 골다공증」의 조사나 확인을 위하여 필요하

다고 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 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)

95-2. 병적골절동반 골다공증진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 병적골절동반 골다공증 분류표

① 약관에 규정하는 「병적골절동반 골다공증」으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 병적골절동반 골다공증 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
병적 골절을 동반한 골다공증	M80

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

96. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일) 특별약관

96-1. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일) 특별약관

96-2. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)(갱신형_20년) 특별약관

96-1은 비갱신형으로 운영하며, 96-2는 갱신형으로 운영합니다.

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	지 급 금 액
상급종합병원 질병입원비 (1일-120일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(120일한도)

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 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

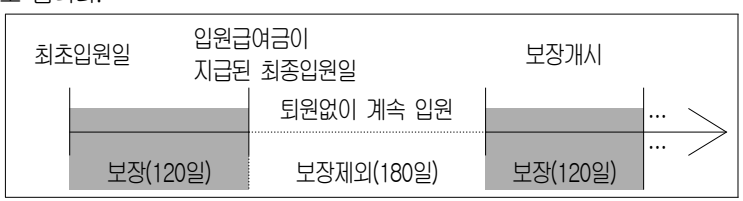
② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

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



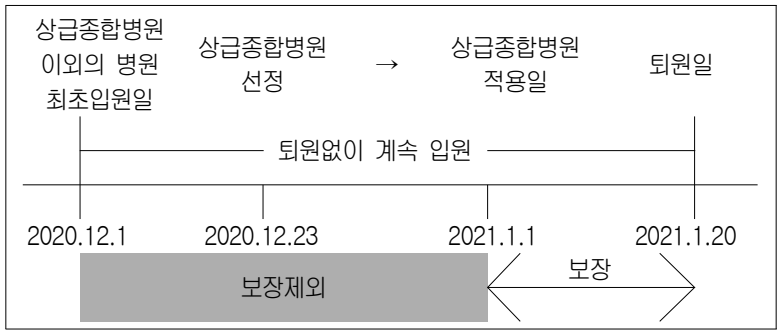
③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항 및 제2항의 규정에 따라 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)을 계속 지급합니다.

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.

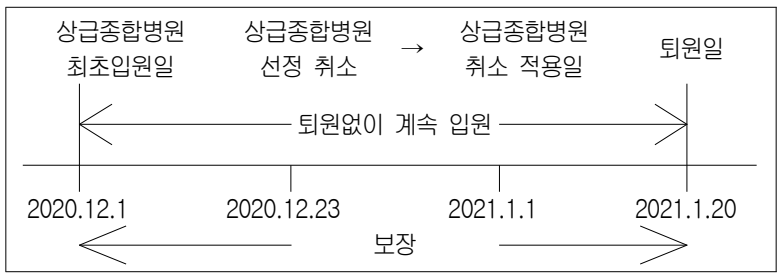
⑤ 피보험자가 「상급종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 상급종합병원 퇴원일까지 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해

당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)을 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)을 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 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

96-2. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는

적용하지 않습니다.

97. 7대희귀난치성질환진단비 특별약관

97-1. 7대희귀난치성질환진단비 특별약관

97-2. 7대희귀난치성질환진단비(갱신형_20년) 특별약관

97-1은 비갱신형으로 운영하며,
97-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 7대희귀난치성질환진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「7대희귀난치성질환」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「7대희귀난치성질환」으로 진단이 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
7대 희귀난치성 질환진단비	비갱신형 및 갱신형 (최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형 (갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「7대희귀난치성질환」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「7대희귀난치성질환」이라 함은 「7대희귀난치성질환 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 1. 재생불량성빈혈, 2. 운동신경세포병, 3. 다발경화증, 4. 파킨슨병, 5. 심근질환(I42.4(심내막탄력섬유증) 제외), 6. 모야모야병, 7. 전신홍반루프스로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항의 「7대희귀난치성질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 골수검사, 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 근전도검사 및 혈액검사 등 각 질환의 진단적 절차에 따라 시행한 검사 결과를 기초로 하여야 합니다.

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)

97-2. 7대희귀난치성질환진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 7대희귀난치성질환진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 7대희귀난치성질환 분류표

① 약관에 규정하는 「7대희귀난치성질환」으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 「7대희귀난치성질환」 해당 여부를 판단합니다.

구분	대 상 이 되 는 질 병	분류번호
재생불량성빈혈	후천성 순수적혈구 무형성[적모구감소증]기타 무형성 빈혈	D60 D61
운동신경세포병	운동신경세포병	G12.2
다발경화증	다발경화증	G35
파킨슨병	파킨슨병	G20
심근질환	확장성심근병증	I42.0
	폐색성 비대성 심근병증	I42.1
	기타 비대성 심근병증	I42.2
	심내막심근(호산구성)병	I42.3
	기타 제한성 심근병증	I42.5
모야모야병	모야모야병	I67.5
전신홍반루프스	전신홍반루프스	M32

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

98. 요로결석진단비 특별약관

98-1. 요로결석진단비 특별약관

98-2. 요로결석진단비(갱신형_20년) 특별약관

98-1은 비갱신형으로 운영하며,
98-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 요로결석진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「요로결석」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「요로결석」으로 진단이 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
요로결석진단비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「요로결석」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「요로결석」이라 함은 「요로결석 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 요로결석으로 분류되는 질병을 말합니다.

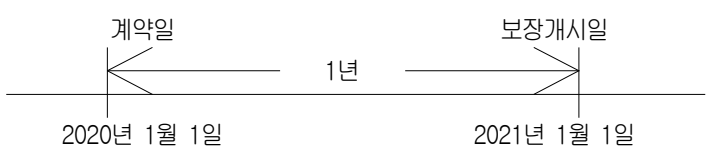
② 제1항의 「요로결석」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「요로결석」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 요로결석진단비의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
2. 갱신형(갱신계약)의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 요로결석진단비의 보장개시일 >
(비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)



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(「요로결석」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「요로결석」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 제34조(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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

98-2. 요로결석진단비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 요로결석진단비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 요로결석 분류표

① 약관에 규정하는 「요로결석」으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 「요로결석」 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
신장 및 요관의 결석	N20
하부요로의 결석	N21

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

99. 항암방사선약물치료비(연간1회한) 특별약관
99-1. 항암방사선약물치료비(연간1회한) 특별약관
99-2. 항암방사선약물치료비(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관

99-1은 비갱신형으로 운영하며,
99-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 항암방사선약물치료비(연간1회한) : 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 항암방사선치료(급여) 또는 항암약물치료(급여)를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경과기간		지 급 금 액
항암방사선약물치료비(연간1회한)	비갱신형 및 갱신형(최초계약)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액
	갱신형(갱신계약)	갱신일로부터	이 특별약관 보험가입금액

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 「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(「항암방사선치료(급여)」 및 「항암약물치료(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료(급여)」 또는 「항암약물치료(급여)」라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「항암방사선약물치료비」 에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암방사선치료(급여)」라 함은 「항암방사선치료 분류표(급여)」(【별표②】 참조)에 해당하는 치료를 말합니다. 다만 이후 관련법령 등의 개정으로 수가코드가 변경되는 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련법규에서 정한 기준을 적용합니다.

③ 제2항의 항암방사선치료라 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.

④ 이 특별약관에서 「항암약물치료(급여)」라 함은 「항암약물 분류표(급여)」(【별표③】 참조)에 해당하는 치료를 말합니다. 다만 이후 관련법령 등의 개정으로 약제 분류코드가 변경되는 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련법규에서 정한 기준을 적용합니다.

⑤ 제4항의 항암약물치료라 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.

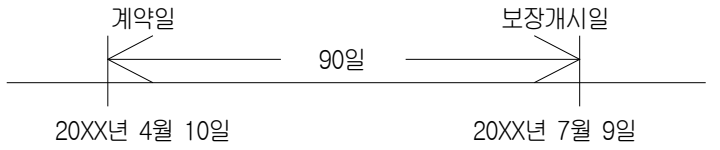
다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료는 제외합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 항암방사선약물치료비(연간1회한)의 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 다음 각 호를 따릅니다.

1. 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우
   가. 가입연령이 15세미만인 피보험자 : 보험계약일
   나. 가입연령이 15세이상인 피보험자 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. 갱신형(갱신계약)의 경우 : 이 특별약관의 갱신일

< 항암방사선약물치료비(연간1회한)의 보장개시일 >
(15세이상 피보험자, 비갱신형 및 갱신형(최초계약)에 한함)



② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는

계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

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

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 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 제34조(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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

99-2. 항암방사선약물치료비(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 악성신생물(암) 분류표

: 제2장 10. 암진단비(유사암제외) 특별약관 【별표①】 참조

【별표②】 항암방사선치료 분류표(급여)

약관에 규정하는 급여 항암방사선치료라 함은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 코드를 말합니다.

분 류	분류코드
체외조사에대한방사선모의치료및치료계획	
기본치료계획[1문조사]-제1회	HD010
기본치료계획[1문조사]-제2회부터	HD410
기본치료계획[2문대향조사]-제1회	HD011
기본치료계획[2문대향조사]-제2회부터	HD411
기본치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제1회	HD012
기본치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제2회부터	HD412
전산화방사선치료계획[1문조사]-제1회	HD013

분 류		분류코드
	전산화방사선치료계획[1문조사]-제2회부터	HD413
	전산화방사선치료계획[2문대향조사]-제1회	HD014
	전산화방사선치료계획[2문대향조사]-제2회부터	HD414
	전산화방사선치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제1회	HD015
	전산화방사선치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제2회부터	HD415
	전산화방사선치료계획[운동조사법]-제1회	HD016
	전산화방사선치료계획[운동조사법]-제2회부터	HD416
	전산화방사선치료계획[수술중방사선치료계획]	HD017
	전산화방사선치료계획[입체조형치료계획]-제1회	HD018
	전산화방사선치료계획[입체조형치료계획]-제2회부터	HD418
	전산화방사선치료계획[정위적방사선수술계획]-제1회	HD019
	전산화방사선치료계획[정위적방사선수술계획]-제2회부터	HD419
	전산화방사선치료계획[양성자치료계획]-제1회	HD020
	전산화방사선치료계획[양성자치료계획]-제2회부터	HD420
	전산화방사선치료계획[세기변조방사선치료계획]-제1회	HD041
	전산화방사선치료계획[세기변조방사선치료계획]-제2회부터	HD441
밀봉소선원치료에대한치료계획및모의치료		
	외부접촉조사치료	HD021

분 류		분류코드
	강내치료,관내치료	HD022
	조직내치료	HD023
치료보조기구고안및제작-차폐물		HD031
치료보조기구고안및제작-보상체		HD032
치료보조기구고안및제작-고정기구		HD033
전립선암에Iodine-125영구삽입술[계획]		HD040
체내(체표면)선량측정		HX401
조사면검교정-필름검교정		HY402
조사면검교정-전기적영상검교정[2차원]		HY404
조사면검교정-전기적영상검교정[3차원]		HY405
체외조사-저에너지방사선치료[1문조사]		HD051
체외조사-저에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]		HD054
체외조사-중에너지방사선치료[1문조사]		HD052
체외조사-중에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]		HD055
체외조사-고에너지방사선치료[1문조사]		HD053
체외조사-고에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]		HD056
회전조사-저에너지방사선치료		HD057
회전조사-중에너지방사선치료		HD058
회전조사-고에너지방사선치료		HD059
입체조형치료		HD061
개봉선원치료-경구투여방법		HD071
개봉선원치료-정맥주사방법		HD072
개봉선원치료-기타방법		HD073
밀봉소선원치료-외부근접(접촉)조사치료		HD080
밀봉소선원치료-강내치료[고선량률분할치료]-1치료기간당		HD081
밀봉소선원치료-강내치료[고선량률분할치료]-치료중단시		HD082
밀봉소선원치료-강내치료[저선량률분할치료]-방사성선원		HD083

분 류	분류코드
삽입당일	
밀봉소선원치료-강내치료[저선량률분할치료]-익일부터	HD084
밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[고선량률분할치료]-1치료기간당	HD085
밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[고선량률분할치료]-치료중단시	HD086
밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[저선량률분할치료]-방사성선원삽입당일	HD087
밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[저선량률분할치료]-익일부터	HD088
밀봉소선원치료-방사성입자의자입치료	HD089
전신조사-전신	HD091
전신조사-전림프절	HD092
전신피부전자선조사	HD093
정위적방사선분할치료	HD110
체부정위적방사선수술-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술-선형가속기이용[1회로치료종결]	HD112
체부정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술-사이버나이프이용[1회로치료종결]	HD212
뇌정위적방사선수술-감마나이프이용	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기이용	HD115
양성자치료	HD121
세기변조방사선치료	HZ271
전립선암에Iodine-125영구삽입술[치료]	HD150

【별표③】 항암약물 분류표(급여)

약관에 규정하는 급여 항암약물은 건강보험심사평가원이 고시하는 「암환자에게 처방투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 분류 중 아래의 분류번호에 해당하는 약제를 말합니다.

분 류	분류번호
부신호르몬제	245
난포 및 황체호르몬제	247
기타의 호르몬제(항호르몬제를 포함)	249
비타민B제(비타민B1을 제외)	313
기타의 혈액 및 체액용약	339
해독제	392
따로 분류되지 않는 대사성 의약품	399
항악성종양제	421
기타의 종양치료제	429
방사성 의약품	431
주로 악성종양에 작용하는 것	617
기타의 생물학적 제제, 항암면역요법제	639

100. 8대기관양성신생물(폴립포함)수술비(연간1회한) 특별약관

100-1. 8대기관 양성신생물(폴립포함)수술비 (연간1회한) 특별약관

100-2. 8대기관 양성신생물(폴립포함)수술비 (연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관

100-1은 비갱신형으로 운영하며,
100-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 8대기관 양성신생물(폴립포함)수술비(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「8대기관 양성신생물(폴립포함)」의 정의 및 진단확정)의 「8대기관 양성신생물(폴립포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제3조(「8대기관 양성신생물(폴립포함) 수술(급여)」의 정의)의 「8대기관 양성신생물(폴립포함) 수술(급여)」를 받은 때에는 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간		지 급 금 액
8대기관 양성신생물 (폴립포함) 수술비 (연간1회한)	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(「8대기관 양성신생물(폴립포함)」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「8대기관 양성신생물(폴립포함)」이라 함은 「8대기관 양성신생물 분류표」(【별표①】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「8대기관 양성신생물(폴립포함)」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 「8대기관 양성신생물(폴립포함)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(「8대기관 양성신생물(폴립포함) 수술(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「8대기관 양성신생물(폴립포함) 수술(급여)」이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「8대기관 양성신생물(폴립포함) 수술」 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「8대기관 양성신생물(폴립포함) 수술(급여) 대상 수가코드」(【별표②】 참조)에 해당하는 수술을 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 「8대기관 양성신생물(폴립포함) 수술(급여) 대상 수가코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「8대기관 양성신생물(폴립포함) 수술(급여) 대상 수가코드」를 따릅니다.

제4조(「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. 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, 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

제5조(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 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 8대기관 양성신생물(폴립포함) 수술비(연간1회한) 보험금의 지급은 「8대기관 양성신생물 분류표」(【별표①】 참조)에서 정한 「8대기관 양성신생물(폴립포함)」으로 진단확정된 부위와 「8대기관 양성신생물(폴립포함) 수술(급여) 대상 수가코드」(【별표②】 참조)에서 정한「8대기관 양성신생물(폴립포함) 수술(급여)」를 받은 부위가 동일한 경우에만 보험금을 지급합니다.

③ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

100-2. 8대기관 양성신생물(폴립포함)수술비(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표①】 8대기관 양성신생물 분류표

① 약관에 규정하는 「8대기관 양성신생물(폴립포함)」로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 「8대기관 양성신생물(폴립포함)」 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
간, 담관 및 췌장	간의 양성신생물, 간내담관의 양성신생물	D13.4
	간외담관의 양성신생물	D13.5
	췌장의 양성신생물	D13.6
갑상선	갑상선의 양성신생물	D34
위십이지장	위의 양성신생물	D13.1
	십이지장의 양성신생물	D13.2
	위 및 십이지장의 폴립	K31.7
대장	맹장의 양성신생물	D12.0
	충수의 양성신생물	D12.1
	상행결장의 양성신생물	D12.2
	횡행결장의 양성신생물	D12.3
	하행결장의 양성신생물	D12.4
	구불결장의 양성신생물	D12.5
	상세불명의 양성신생물	D12.6
	직장구불결장의 양성신생물	D12.7
	직장의 양성신생물	D12.8
	직장폴립	K62.1
	결장의 폴립	K63.5
기관지 및 폐	기관지 및 폐의 양성신생물	D14.3
남성생식기관	남성생식기관의 양성신생물	D29
여성생식기관	자궁의 평활근종	D25
	자궁의 기타 양성신생물	D26
	난소의 양성신생물	D27
	기타 및 상세불명 여성생식기관의 양성신생물	D28
	여성생식기관의 폴립	N84

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표②】 8대기관 양성신생물(폴립포함) 수술(급여) 대상 수가코드

약관에 규정하는 「8대기관 양성신생물(폴립포함) 수술(급여)」로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치 점수에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내 용		수가코드
내시경 종양제거 수술		Q7611~ Q7789, QX706
간	간농양(낭종) 수술	
	가. 개복에 의한 흡입 또는 주입술	Q7211
	나. 배액을 위한 간절개술	Q7212
	다. 조대술	Q7213
	라. 낭종적출술	Q7214
담낭 및 담도	담도낭종수술	
	가. 우회술	Q7331
	나. 절제술	Q7332
	담도종양수술	
	가. 양성	Q7341
췌장	췌장가성낭종수술	
	가. 조대술	Q7541
	나.외부배액법	Q7542
	다. 내부배액법	Q7543
	췌장양성종양(낭종, 선종) 절제	Q7550
갑상선	갑상선수술	
	가. 갑상선염 전절제술	
	(1) 편측	P4551
	(2) 양측	P4552
	나. 갑상선염 아전절제술	
	(1) 편측	P4553
	(2) 양측	P4554
	갑상선설관낭종절제술	P4558
위십이지장	위폴립절제술	Q2521
대장	소장 또는 결장의 폴립절제술	Q2645
	장간만종양적출술	
	가. 장관절제를 동반하는것	Q2761
	나. 기타의 것	Q2762
	직장종양의 절제술	
	가. 경항문 접근	Q2891
	나. 경천골 또는 방천골 접근	Q2890
	다. 복부접근	Q2892
	라. 경항문 내시경적 미세수술	Q2893
기관지 및 폐	폐엽절제술	
	가. 단일폐업절제술	O1421
	나. 쌍폐업절제술	O1422
	다. 폐엽과 폐구역절제술	O1423
	라. 소매폐엽절제술	O1424
남성 생식기관	외성기 종양적출술	
	가. 양성	R4001
여성 생식기관	외음부 종양적출술	
	가. 양성	R4066
	질 종양적출술	
	가. 양성	R4070
	자궁근정절제술	
	가. 복부접근	

내 용		수가코드
	(1) 단순	R4124
	(2) 복잡	R4127
	나. 질부접근	R4123
	다. 복강경술	
	(1) 단순	R4128
	(2) 복잡	R4129
	자궁경하 자궁근종절제술	
	가. 3㎝ 미만	R4125
	나. 3㎝ 이상(다발성 포함)	R4126
	자궁경관점막폴립절제술	R4240
	자궁경하 자궁내막폴립절제술	R4241
	부속기 종양 적출술	
	가. 양성	R4421

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「8대기관 양성신생물(폴립포함) 수술」에 준하여 「8대기관 양성신생물(폴립포함) 수술(급여) 대상 수가코드」를 결정합니다.

101. 갑상선기능항진증치료비 특별약관
101-1. 갑상선기능항진증치료비 특별약관
101-2. 갑상선기능항진증치료비(갱신형_20년) 특별약관

101-1은 비갱신형으로 운영하며,
101-2는 갱신형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 갑상선기능항진증치료비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「갑상선기능항진증」, 「갑상선기능항진증치료」의 정의 및 진단확정)의 「갑상선기능항진증」으로 진단이 확정되고, 제2조(「갑상선기능항진증」, 「갑상선기능항진증치료」의 정의 및 진단확정)의 「갑상선기능항진증치료」를 받은 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
갑상선기능항진증치료비	이 특별약관의 보험가입금액

제2조(「갑상선기능항진증」, 「갑상선기능항진증치료」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「갑상선기능항진증」이라 함은 「갑상선기능항진증 분류표」(【별표】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「갑상선기능항진증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
또한 회사가 「갑상선기능항진증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요구할 수 있습니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선기능항진증치료」라 함은 갑상선기능항진증의 직접적인 치료를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를

말합니다.

1. 갑상선절제술을 받은 경우
   : 이 특별약관에서 「갑상선절제술」이라 함은 갑상선엽 전체 혹은 일부를 절제하는 「갑상선엽 전절제술(Total Thyroidectomy)」 및 「갑상선엽 아전절제술(Subtotal Thyroidectomy)」을 말합니다.
2. 방사선요오드 치료를 받은 경우
3. 항갑상선제를 60일이상 처방받은 경우

용어의 정의

·방사선요오드 치료 : 주성분이 요오드화 나트륨에 해당하는 치료
·항갑상선제 : 주성분이 methimazole, propylthiouracil, carbimazole 에해당하는 약제

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. 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, 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(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
3. 주민등록증, 여권 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증(본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급 받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관이어야 합니다.

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

101-2. 갑상선기능항진증치료비(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 갑상선기능항진증치료비 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 갑상선기능항진증 분류표

① 약관에 규정하는 「갑상선기능항진증」으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 갑상선기능항진증 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
갑상선독증(갑상선기능항진증)	E05

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제3장. 상해 및 질병관련 특별약관

1. 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	지 급 금 액
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 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

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 종합병

원 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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

2. 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	지 급 금 액
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 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 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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

3. 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 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)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

4. 응급실내원비(응급) 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 응급의료종사자(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)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 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 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상
 가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·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·급성췌장염 등 중한 경우에 한함). 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18%이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상
 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절, 외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
 라. 출혈 : 혈관손상
 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다.)
 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

주) 관련법령이 변경되는 경우 변경된 법률을 적용합니다.

5. 응급실내원비(비응급) 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 응급의료종사자(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. 피보험자의 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 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 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

③ 회사는 피보험자가 아래의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
3. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술 등으로 인한 경우

4. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
5. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함), 산후기로 인한 경우

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 응급증상 및 이에 준하는 증상
: 제3장 4. 응급실내원비(응급) 특별약관 참조

6. 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 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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

7. 관절증(엉덩,무릎)수술비(이차성 및 상세불명제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 관절증(엉덩,무릎)수술비(이차성 및 상세불명제외) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 관절증으로 수술을 받은 경우에 수술1회당 아래의 금액을 지급

구 분	지급금액
관절증(엉덩,무릎)수술비 (이차성 및 상세불명제외)	수술1회당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「관절증」이라 함은 「관절증 질환 분류표」(【별표】참조)에서 정한 상해 또는 질병을 말합니다.

② 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.

③ 제2항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.

④ 제2항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 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. 제2항 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

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

② 제1항 이외에도 회사는 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서 아래의 항목으로 인하여 수술을 받고 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 기타 양쪽 이차성 고관절증(M16.6)
2. 기타 이차성 고관절증(M16.7)
3. 상세불명의 고관절증(M16.9)
4. 기타 양쪽 이차성 무릎관절증(M17.4)
5. 기타 이차성 무릎관절증(M17.5)
6. 상세불명의 무릎관절증(M17.9)

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 관절증질환 분류표

① 약관에 규정하는 관절증 질환으로 분류되는 항목은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 관절증질환 해당 여부를 판단합니다.

대 상 항 목	분류번호
1. 고관절증	
양쪽 원발성 고관절증	M16.0
기타 원발성 고관절증	M16.1
형성이상으로 인한 양쪽 고관절증	M16.2
기타 형성이상성 고관절증	M16.3
양쪽 외상후 고관절증	M16.4
기타 외상후 고관절증	M16.5
2. 무릎관절증	
양쪽 원발성 무릎관절증	M17.0
기타 원발성 무릎관절증	M17.1
양쪽 외상후 무릎관절증	M17.2
기타 외상후 무릎관절증	M17.3

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

8. 경도치매진단비(CDR1점이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 경도치매진단비(CDR1점이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「경도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「경도이상치매상태」로 진단 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
경도치매진단비(CDR1점이상)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「경도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)

① 「경도이상치매상태」라 함은 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 보장개시일 이후에 「경도이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

② 제1항에서 정한 「경도이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 1점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「경도이상치매상태」로 최종 진단 확정될 수 있습니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)
치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

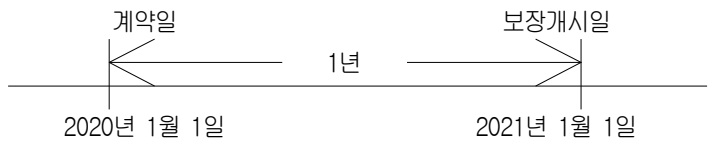
③ 「경도이상치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의하며, 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「경도이상치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 진단 확정됩니다.

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 제1조(보험금의 지급사유) 경도치매진단비(CDR1점이상)의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 치매보장개시일로 합니다.

< 경도치매진단비(CDR1점이상)의 보장개시일 >



② 제2조(「경도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 치매로 진단 확정 및 CDR 1점이상에 해당하는 상태가 되고, 그 상태가 90일이상 계속되어 보험기간이 만료된 후「경도이상 인지기능의 장애」가 발생하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 경도치매진단비(CDR1점이상)를 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 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.

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 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 무효)
피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「경도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「경도이상치매상태」로 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 제34조(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.

제8조(특별약관의 소멸)
① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 경도치매진단비(CDR1점이상) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

9. 중증치매진단비(CDR3점이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자에게 다음의 경우에 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 「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 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장래에 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 전문의가 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 정신건강의학과 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 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.

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 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 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

10. 중등도치매진단비(CDR2점이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 중등도치매진단비(CDR2점이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「중등도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중등도이상치매상태」로 진단 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
중등도치매진단비(CDR2점이상)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「중등도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)

① 「중등도이상치매상태」라 함은 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 보장개시일 이후에 「중등도이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.

② 제1항에서 정한 「중등도이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 2점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「중등도이상치매상태」로 최종 진단 확정될 수 있습니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

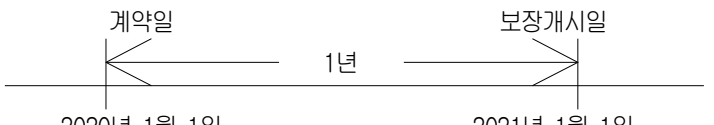
③ 「중등도이상치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의하며, 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「중등도이상치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 진단 확정됩니다.

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 제1조(보험금의 지급사유) 중등도치매진단비(CDR2점이상)의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 치매보장개시일로 합니다.

< 중등도치매진단비(CDR2점이상)의 보장개시일 >



② 제2조(「중등도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 치매로 진단 확정 및 CDR 2점이상에 해당하는 상태가 되고, 그 상태가 90일 이상 계속되어 보험기간이 만료된 후 「중등도이상 인지기능의 장애」가 발생하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중등도치매진단비(CDR2점이상)를 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 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.

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 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 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「중등도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중등도이상치매상태」로 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 제34조(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.

제8조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 중등도치매진단비(CDR2점이상) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

11. 치매입원비(1일-180일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 치매입원비(1일-180일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단확정 되고, 그 치매의 치료를 직접적인 목적으로 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

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

제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)

①「치매」라 함은 「치매 분류표」(【별표】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

②「치매」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

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 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 「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.

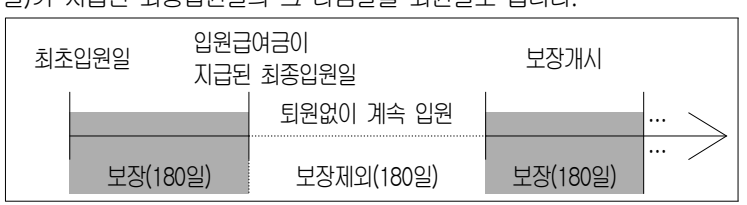
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 치매입원비(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 치매입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 치매입원비(1일-180일)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 치매입원비(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 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제2항에 따라 치매입원비(1일-180일)를 계속 보장하여 드립니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 치매입원비(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)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 이 약관에서 정한 치매(「치매 분류표」, 【별표】 참조)를 제외한 정신적 기능장해
6. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 치매분류표

약관에 규정하는 "치매로 진단확정되다."는 것은 다음의 1.과 2.에 모두 해당되는 "치매"임을 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 1.에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

여기에서 치매란 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 치매 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 알츠하이머병에서의 치매	F00
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1
6. 알츠하이머병	G30

1. 제8차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.
4. 치매 분류표에 해당되지 않은 경우에도 미국 정신의학협회에서 정한 정신장애의 진단 및 통계편람 제4판(DSM-IV)에 의거하여 치매진단을 받은 경우 보장됩니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

12. 보험료납입지원III(일반상해·질병후유장해(80%이상)) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 「장해분류표」(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때

구 분	지 급 금 액
보험료납입지원III (일반상해·질병후유장해(80%이상))	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 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 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 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 상해 또는 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 상해 또는 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.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제4조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 보험료납입지원III(일반상해·질병후유장해(80%이상))보험금 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

13. 신깁스치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 신깁스치료비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 제2조(「신깁스치료」의 정의 및 지급률표)에서 정한 「신깁스(Cast)치료」를 받은 경우 아래의 금액을 지급
   다만, 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키는 치료법은 제외합니다.

구 분	지 급 금 액
신깁스치료비	이 특별약관 보험가입금액 × 「신깁스치료 분료표」에서 정한 지급률

제2조(「신깁스(Cast)치료」의 정의 및 지급률표)

① 이 특별약관에 있어서 「신깁스(Cast)치료」라 함은 「신깁스치료 분류표」(【별표】참조)에 해당하는 치료로 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 「신깁스(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.

③ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「신깁스치료 급여인정기준」이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「신깁스치료 급여인정기준」을 따릅니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해 또는 질병으로 두가지 이상의 신깁스치료를 받은 경우에는 그 각각에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)제1항에서 정한 바에 따라 산출한 보험금을 합산하여 지급합니다. 다만, 신체 동일부위에 두가지 이상의 「신깁스치료」를 받은 경우 그 중 높은 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 1회에 한하여 신깁스치료비의 보험금으로 지급합니다.

② 제1항의 동일 신체부위라 함은 「장해분류표」(【별표1】참조)의 각 신체부위별 판정기준을 따릅니다.

③ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해 또는 질병으로 인한 신깁스치료비 보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

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.

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 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 신깁스치료 분류표

약관에 규정하는 「신깁스치료」는 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위 명칭	진료행위 코드	지급률
손가락캐스트	T6090	5%
단상지(전완으로부터 수부까지)	T6030	10%
장상지(상완으로부터 수부까지) 8자형 석고	T6020 T6120	20%
단하지(하퇴로부터족부까지)-Without Walker 단하지(하퇴로부터족부까지)-With Walker 슬개건 부하캐스트 견수상(흉부로부터 수부까지) 벨포캐스트	T6060 T6061 T6063 T6010 T6110	30%
대퇴에서 족부에 미치는 캐스트	T6050	40%
장하지(대퇴로부터 족부까지)-Without Walker 장하지(대퇴로부터 족부까지)-With Walker Risser형 체간캐스트 Minerva형 체간캐스트	T6051 T6052 T6080 T6070	
고수상(요부로부터 족부까지, 척추cast포함)	T6040	100%

제4장. 장기요양관련 특별약관

1. 장기요양간병비(1등급) 특별약관
1-1. 장기요양간병비(1등급) 특별약관
1-2. 장기요양간병비(1등급)(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. 장기요양간병비(1등급) : 이 특별약관의 보험기간 중에 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 "1등급의 장기요양등급" 판정시 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
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.

노인장기요양보험법 제29조(장기요양급여의 제한)

① 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 장기요양급여를 중단하거나 제공하지 아니하게 하여야 한다.

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양인정을 받은 경우
2. 고의로 사고를 발생하도록 하거나 본인의 위법행위에 기인하여 장기요양인정을 받은 경우

② 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.

제4조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

1-2. 장기요양간병비(1등급)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

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 보

험금 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(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 납입보험료가 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.

제7조(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 제26조(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 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

2. 장기요양간병비(1~2등급) 특별약관

2-1. 장기요양간병비(1~2등급) 특별약관

2-2. 장기요양간병비(1~2등급)(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. 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 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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

2-2. 장기요양간병비(1~2등급)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

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(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 납입보험료가 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 변경시점의 책임준비금을 지급하며, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제7조(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 제26조(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 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

3. 장기요양간병비(1~4등급) 특별약관

3-1. 장기요양간병비(1~4등급) 특별약관

3-2. 장기요양간병비(1~4등급)(갱신형_20년) 특별약관

3-1은 비갱신형으로 운영하며,
3-2는 갱신형으로 운영합니다.

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(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

3-2. 장기요양간병비(1~4등급)(갱신형_20년) 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

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(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 납입보험료가 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 변경시점의 책임준비금을 지급하며, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제7조(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 제26조(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 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

제5장. 비용손해관련 특별약관

1. 교통사고합의비용IV(일반) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액을 아래의 금액을 한도로 교통사고합의비용IV(일반)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
교통사고합의비용IV(일반)	·피해자를 사망하게 한 경우	1억원 한도
	·“중대법령위반 교통사고”로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우	· 42일~69일 진단시 : 1천만원 한도 · 70일~139일 진단시 : 5천만원 한도 · 140일이상 진단시 : 1억원 한도
	·“일반교통사고”로 피해자에게 중상해를 입혀 아래의 경우에 해당하는 경우 가. 형법 제258조(중상해, 존속중상해) 제1항 또는 제2항, 형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상), 교통사고처리특례법 제3조	1억원 한도

	(처벌의 특례)에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)된 경우 나. 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우	

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

① 이 특별약관에서 「자동차」라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 건설기계 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

② 이 특별약관에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 피해자라 함은 타인을 말하되, 피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 중상해라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「중대법령위반 교통사고」라 함은 「교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서」(【별표】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법령위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑥ 이 특별약관에서 「일반교통사고」라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법령위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 금액을 한도로 보상합니다.

② 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

③ 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접

지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

④ 제3항에 따라 보험회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
2. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서
3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
5. 그 밖에 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제5조(보험금의 비례분담)

① 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례)

상기외 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 형법 제268조(업무상과실, 중과실치사상)의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 도로교통법 제151조(벌칙)의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 도로교통법 제54조(사고발생 시의 조치) 제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지) 제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따를 의무)의 규정에 의한 신호기 또는 교통정리를 하는 경찰공무원 등의 신호나 통행의 금지 또는 일시정지를 표시하는 지시에 위반하여 운전한 경우
2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항의 규정을 위반하여 중앙선을 침범하거나 동법 제62조(횡단 등의 금지)의 규정에 위반하여 횡단·유턴 또는 후진한 경우
3. 도로교통법 제17조(자동차 등의 속도) 제1항 또는 제2항의 규정에 의한 제한속도를 매시 20킬로미터를 초과하여 운전한 경우
4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법등) 제1항·제22조(앞지르기 금지의 시기 장소) 내지 제23조(끼어들기의 금지) 또는 제60조(갓길통행금지 등) 제2항의 규정에 의한 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지에 위반하여 운전한 경우
5. 도로교통법 제24조(철길건널목 통과)의 규정에 의한 건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항의 규정에 의한 횡단보도에서의 보행자보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지) 제1항, 건설기계관리법 제26(건설기계조종사 면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차등의 운전)의 규정에 위반하여 운전면허 또는 건설기계 조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고, 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계 조종사면허의 효력이 정지중에 있거나 운전의 금지중에 있는 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지) 제1항의 규정에 위반하여 주취중에 운전을 하거나 동법 제45조(과로한 때 등의 운전금지)의 규정에 위반하여 약물의 영향으로 정상한 운전을 하지 못할 염려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항의 규정에 위반하여 보도가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 동법 제13조(차마의 통행) 제2항의 규정에 의한 보도횡단방법에 위반하여 운전한 경우
10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항의 규정에 의한 승객의 추락방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해에 이르게 한 경우
12. 「도로교통법」 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

2. 교통사고합의비용Ⅳ(중상해) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액을 아래의 금액을 한도로 교통사고합의비용Ⅳ(중상해)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
교통사고합의비용Ⅳ(중상해)	·"일반교통사고"로 피해자에게 중상해를 입혀 아래의 경우에 해당하는 경우 가. 형법 제258조(중상해, 존속중상해) 제1항 또는 제2항, 형법 제268조(업무상과실·중과실치사상), 교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례)에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다.)된 경우 나. 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우	1억원 한도

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

① 이 특별약관에서 「자동차」라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 건설기계
   다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

② 이 특별약관에서 자동차를 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 피해자라 함은 타인을 말하되, 피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 중상해라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「중대법령위반 교통사고」라 함은 「교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서」(【별표】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법령위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑥ 이 특별약관에서 「일반교통사고」라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법령위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 금액을 한도로 보상합니다.

② 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

③ 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

④ 제3항에 따라 보험회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
2. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서
3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
5. 그 밖에 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 경우
5. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 경우
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제5조(보험금의 비례분담)

① 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포

함합니다)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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

【별표】 교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례)
: 제5장 1. 교통사고합의비용Ⅳ(일반) 특별약관 【별표】 참조

3. 벌금Ⅱ 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 벌금Ⅱ : 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액을 아래의 한도로 지급

구 분	사유	지 급 금 액
벌금Ⅱ	특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의 13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌) 제2호	1사고당 3,000만원 한도
	그 외	1사고당 2,000만원 한도

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

① 이 특별약관에서 「자동차」라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 건설기계
   다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

② 이 특별약관에서 「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「벌금액」이라 함은 확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.

제3조(보험금의 비례분담)

① 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{손해액} \times \frac{\text{각 계약의 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
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. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
7. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 사고를 일으킨 경우
8. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 경우

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

4. 벌금(대물) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 벌금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우 1사고 당 벌금액(확정 판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함)을 아래의 한도로 지급

구 분	지 급 금 액
벌금(대물)	1사고당 보험가입금액 한도

제2조(용어의 정의)

①「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나

조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 「자동차」라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

③ 「벌금액」이라 함은 법원의 확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.

제3조(보험금의 비례분담)

① 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{손해액} \times \frac{\text{각 계약의 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

④ 하나의 사고에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 벌금형 확정의 이유가 아래 두가지 사유에 모두 해당하는 경우에는 제1항의 「다수 계약」(각종 공제계약을 포함합니다)에는 「자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액을 보장하는 계약」 또한 포함됩니다.

1. 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우
2. 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금형이 확정된 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
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. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
7. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 사고를 일으킨 경우
8. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 경우

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

5. 자동차사고변호사선임비용III 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 자동차사고변호사선임비용III : 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전중 교통사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 기소(단 약식기소는 제외합니다)된 경우 또는 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행하게 된 경우 변호사선임비용을 아래의 한도로 지급

구 분	지 급 금 액
자동차사고변호사선임비용III	1사고마다 이 특별약관 보험가입금액 한도

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

① 이 특별약관에서 「자동차」라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 건설기계 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

② 이 특별약관에서 「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차여

부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「자동차 운전중 교통사고」라 함은 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「기소」라 함은 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검찰에 의해 공소제기된 경우를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「변호사선임비용」이라 함은 변호사선임비용을 부담함으로써 생긴 손해를 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「1사고」라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며, 「1사고」로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 이 특별약관 보험가입금액을 한도로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「약식기소」라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 아니하고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판을 진행하게 된 경우에는 보험금을 지급하며, 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 비례분담)

① 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{손해액} \times \frac{\text{각 계약의 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
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. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
7. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 사고를 일으킨 경우
8. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 경우

제6조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행

신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

6. 면허정지처리비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 면허정지처리비용 : 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차운전면허가 행정처분에 의해 일시 정지되었을 경우에는 면허정지기간 동안 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
면허정지처리비용	1일당 이 특별약관 보험가입금액 (최고 60일 한도)

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

① 이 특별약관에서 「자동차」라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 건설기계
다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 건설기계
가. 트럭지게차
나. 도로보수트럭
다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

② 이 특별약관에서 "자동차를 운전하던 중'이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 피해자라 함은 타인을 말하되, 피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 면허정지처리비용을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 면허정지기간이라 함은 행정기관의 교정교육을 이수하여 면허정지기간을 감경받았거나 감경받을 수 있는 경우에는 전체 면허정지기간에서 감경받았거나 감경받을 수 있는 기간을 차감한 기간을 말합니다. 단, 행정기관의 교정교육을 이수하지 않아 면허정지기간을 감경받지 못하여 면허정지 처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조회 확인서를 제출할 경우에는 제외합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
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. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
7. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 사고를 일으킨 경우
8. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 경우

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

7. 면허취소처리비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 면허취소처리비용 : 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차운전면허가 행정처분에 의해 취소되었을 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
면허취소처리비용	이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

① 이 특별약관에서 「자동차」라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 건설기계 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한

건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

② 이 특별약관에서 "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 피해자라 함은 타인을 말하되, 피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
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. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
7. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 사고를 일으킨 경우
8. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 경우

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

8. 자동차사고성형치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 자동차사고성형치료비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 자가용 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고의 직접적인 결과로 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여

그 원상회복을 위해 사고일로부터 1년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
자동차사고성형치료비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

① 이 특별약관에서 「자동차」라 함은 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 건설기계 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에서 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

② 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.

③ 제2항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 수술로 간주합니다.

④ 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑤ 제2항의 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. 제2항 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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 피보험자가 같은 사고로 성형수술을 두 번 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
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. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 경우
7. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던중 사고를 일으킨 경우
8. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고
9. 미용을 위한 성형수술을 받은 경우

제5조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

9. 승용차 운전중보복운전피해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 승용자동차를 운전하던 중 「보복운전」의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되고 피의자가 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 하며, 약식기소를 포함합니다.) 또는 기소유예가 된 경우에는 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
승용차 운전중보복운전피해보장	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보복운전의 정의)
① 이 특별약관에서 「보복운전」이라 함은 피보험자가 승용자동차를 운전하던 중에 발생한 시비로 인하여 타인이 자동차를 이용하여 피보험자를 상대로 다음 각 호에서 정한 행위를 하여 검찰의 처분결정이 내려진 경우를 의미합니다. 다만, 하나의 「보복운전」이 각 호의 행위 중 2개 이상에 해당하더라도 1회에 한하여 보복운전피해보험금(승용차)을 지급합니다.
1. 형법 제258조의2(특수상해)에서 정한 특수상해
2. 형법 제258조의2(특수상해) 및 제264조(상습범)에서 정한 상습특수상해
3. 형법 제261조(특수폭행)에서 정한 특수폭행
4. 형법 제261조(특수폭행) 및 제264조(상습범)에서 정한 상습특수폭행
5. 형법 제284조(특수협박)에서 정한 특수협박
6. 형법 제284조(특수협박) 및 제285조(상습범)에서 정한 상습특수협박
7. 형법 제369조(특수손괴)에서 정한 특수손괴

② 이 특별약관에서 「승용자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여

핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「승용자동차」라 함은 자동차 관리법 시행규칙 제2조에서 정한 승용자동차를 말하며, 택시는 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 「기소유예」라 함은 '검찰사건사무규칙 제69조 제3항 제1호에 의한 기소유예 사유에 해당되어 검찰이 기소유예 처분을 하는 경우를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「약식기소」라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 검찰의 고소·고발사건처분결과통지서, 공소장 또는 사건처분결과증명서, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서 등(죄명, 불기소이유 및 피의자와 피보험자의 관계를 알 수 있는 서류)
3. 경찰 신고 접수증 사본
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

10. 법률비용손해(민사소송)(갱신형_20년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 법률비용손해(민사소송) : 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에서 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우 그 법률비용에 해당하는 금액을 1사고당 아래의 금액을 한도로 지급

구 분		지 급 금 액
법률비용 (민사소송)	변호사비용	1,500만원 한도 (1사고당 10만원 자기부담금 공제)
	인지액+송달료	500만원 한도

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 보상하는 「소송사건」은 대법원 "법원재판사무처리규칙" 및 "사건별 부호문자의 부여에 관한 예규"에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.

심급구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

② 제1조(보험금의 지급사유)의 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

③ 회사는 피보험자에게 심급별로 아래 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

1. "변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙"에서 정한 변호사비용 한도(【별표】 소송목적의 값에 따른 변호사비용 한도) 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과한 금액
2. "민사소송 등 인지법"에서 정한 인지액의 한도(【별표】 소송목적의 값에 따른 인지액 한도) 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
3. 대법원이 정한 "송달료 규칙"에서 정한 송달료의 한도내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

④ 위 제3항 제1호의 경우 보험증권에 기재된 자기부담금을 공제하고 지급하며, 제2항에 각 호에 대해 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가지급 또는 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

【별표】

소송목적의 값에 따른 변호사비용 한도

소송목적의 값	변호사 비용 한도
2천만원까지	소송목적의 값 × 10%
2천만원 초과 ~ 5천만원까지	200만원 + (소송목적의 값 - 2,000만원) × 8%
5천만원 초과 ~ 1억원까지	440만원 + (소송목적의 값 - 5,000만원) × 6%
1억원 초과 ~ 1억5천만원까지	740만원 + (소송목적의 값 - 1억원) × 4%
1억5천만원 초과 ~ 2억원까지	940만원 + (소송목적의 값 - 1억5천만원) × 2%
2억원 초과 ~ 5억원까지	1,040만원 + (소송목적의 값 - 2억원) × 1%
5억원 초과 ~	1,340만원 + (소송목적의 값 - 5억원) × 0.5% (단, 1,500만원을 한도로 함)

소송목적의 값에 따른 인지액 한도

소송목적의 값	인지액 한도
1,000만원미만	소송목적의 값 × 0.5%
1,000만원 ~ 1억미만	5,000원 + 소송목적의 값 × 0.45%
1억 ~ 10억미만	55,000원 + 소송목적의 값 × 0.4%
10억이상	555,000원 + 소송목적의 값 × 0.35%

향후 "변호사보수의 소송산입비용에 관한 규칙", "민사소송 등 인지법"이 변경 될 경우에는 그를 따릅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고에 의한 손해

용어의 정의

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함

4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. "민사소송법"에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의각하
6. "특허법"에 정한 특허, "저작권법"에 정한 저작권, "상표법"에 정한 상표권, "실용신안법"에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. "소비자기본법"제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송
9. "자본시장과 금융투자업에 관한 법률"에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
11. "노동조합 및 노동관계조정법"에 관련된 쟁의행위, "집회 및 시위에 관한 법률"에 관련된 시위행위에 관련된 소송
12. "독점규제 및 공정거래에 관련 법률", "증권관련집단소송법"에 관련된 소송
13. 가입여부와 관계없이 "자동차손해배상보장법", "산업재해보상보험법"등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다. 이하 「의무보험」 이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보상하는 손해)에서 정한 법률비용
14. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
15. 전부 패소에 따라 피보험자가 민사소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
16. 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어있는 물건과 관련된 소송
18. 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

제4조(용어의 정의)

① 「소송」 이라 함은 1심소송, 그 1심소송에 대한 항소심 및 항소심에 대한 상고심 각각(이하 「심급별」 이라 합니다)을 말하며 이 계약에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

② 「소송제기의 원인이 되는 사건」 이라 함은 사실관계가 객관적으로 입증할 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다.

1. 채무불이행 부당이득의 경우: 보험기간 이전에 발생한 일이 없고 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건
2. 손해배상의 경우: 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건

③ 「연간」 이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

④ 「연간 하나의 사건」 이라 함은 보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점을 말합니다)부터 이후 보험년도 매 1년간의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적 분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.

⑤「하나의 소송」이라 함은 대법원 “법원재판사무처리규칙” 및 “사건별 부호문자 부여에 관한 예규”에서 분류되는 소송사건 중 제1항에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(“민사소송법”에 정한 파기환송심 및 재심은 제외합니다.) 다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(“민사소송법” 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

⑥「소의 취하」라 함은 “민사소송법” 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다.)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

⑦「소의 각하」라 함은 “민사소송법” 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장등의 항소장 심사권), 동법 제 402조(항소심재판장등의 항소장심사권), 동법 제425조(항소심절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다.)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

⑧「가족」이라 함은 아래와 같으며, 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.

1. 피보험자의 부모와 양부모
2. 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모
3. 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자
4. 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀
5. 피보험자의 며느리
6. 피보험자의 사위

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우 (사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자 의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
2. 소송 판결 전 청구의 포기 소의 취하 소의 각하 인낙 소송의 변경, 소송 상 화해 소송상 조정 등이 발생한 경우
3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다.)

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 아니하며 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
3. 보험금지급을 위한 증명서(소장, 소송 상 조정, 소송 상 화해시 해당조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 값을 손해액에서 뺍니다.

제8조(보험금의 분담)

① 회사는 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계

약(각종 공제회에 가입되어 있는 공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 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.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제10조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않을 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제11조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

11. 법률비용손해(행정소송)(갱신형_20년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 법률비용(행정소송) : 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에서 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화

해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우 그 법률비용에 해당하는 금액을 심급별로 아래의 한도로 지급

구 분		지 급 금 액
법률비용 (행정소송)	변호사비용	1,500만원 한도 (1사고당 10만원 자기부담금 공제)
	인지액+송달료	500만원 한도

용어의 정의

【소송제기의 원인이 되는 사건】 사실관계를 객관적으로 입증할 수 있는 사건이 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 국가기관 및 행정청으로부터 받은 행정처분 등을 말합니다.

제2조(소송 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「소송」이라 함은 1심소송, 그 1심소송에 대한 항소심 및 항소심에 대한 상고심 각각(이하 「심급별」이라 합니다)을 말하며 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 보상하는 「소송사건」은 대법원 "법원재판사무 처리규칙" 및 "사건별 부호문자의 부여에 관한 예규"에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.

심급 구분	행정사건	사건별 부호
1심	행정1심사건	구합
	행정1심재정단독사건	구단
항소심	행정항소사건	누
상고심	행정상고사건	두

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 소송은 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

용어의 정의

【하나의 소송】

"대법원 법원재판사무 처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규"에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.("민사소송법[주]"에 "정한 파기환송심, 재심 및 행정소송법에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다) 다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소("민사소송법[주]" 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법[주] 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

주) 행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 민사소송법을 말합니다.

② 회사는 피보험자에게 심급별로 아래 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

1. "변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙"에서 정한 변호사비용 한도(【별표】 소송목적의 값에 따른 변호사비용 한도) 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과한 금액
2. "민사소송 등 인지법"에서 정한 인지액의 한도(【별표】 소송목적의 값에 따른 인지액 한도) 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
3. 대법원이 정한 "송달료 규칙"에서 정한 송달료의 한도내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

③ 위 제2항 제1호의 경우 보험증권에 기재된 자기부담금을 공제하고 지급하며, 제2항에 각 호에 대해 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가지급 또는 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

【별표】

소송목적의 값에 따른 변호사비용 한도

소송목적의 값	변호사 비용 한도

2천만원까지	소송목적의 값 × 10%
2천만원 초과 ~ 5천만원까지	200만원 + (소송목적의 값 - 2,000만원) × 8%
5천만원 초과 ~ 1억원까지	440만원 + (소송목적의 값 - 5,000만원) × 6%
1억원 초과 ~ 1억5천만원까지	740만원 + (소송목적의 값 - 1억원) × 4%
1억5천만원 초과 ~ 2억원까지	940만원 + (소송목적의 값 - 1억5천만원) × 2%
2억원 초과 ~ 5억원까지	1,040만원 + (소송목적의 값 - 2억원) × 1%
5억원 초과 ~	1,340만원 + (소송목적의 값 - 5억원) × 0.5% (단, 1,500만원을 한도로 함)

소송목적의 값에 따른 인지액 한도

소송목적의 값	인지액 한도
1,000만원미만	소송목적의 값 × 0.5%
1,000만원 ~ 1억미만	5,000원 + 소송목적의 값 × 0.45%
1억 ~ 10억미만	55,000원 + 소송목적의 값 × 0.4%
10억이상	555,000원 + 소송목적의 값 × 0.35%

향후 "변호사보수의 소송산입비용에 관한 규칙", "민사소송 등 인지법"이 변경 될 경우에는 그를 따릅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고에 의한 손해
4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. 『행정소송법』(행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 『민사소송법』을 포함합니다)에 정한 청구의 포기(원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유 없음을 자인한 것을 말합니다), 인낙(피고가 원고의 소송상의 청구가 이유 있음을 인정한 것을 말합니다), 소의 취하, 소의 각하

용어의 정의

【핵연료물질】 사용이 끝난 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

【소의 취하】 "민사소송법[주]" 제266조(소의 취하), 동법[주] 제393조(항소의 취하), 동법[주] 제425조(항소심절차의 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다.)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

【소의 각하】 "민사소송법[주]" 제254조(재판장등의 소장심사권), 동법[주] 제399조(원심재판장등의 항소장 심사권), 동법[주] 제402조(항소심재판장등의 항소장심사권), 동법[주] 제425조(항소심절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다.)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

주) 행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 민사소송법을 말합니다.

6. 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 『소비자기본법』 제70조(단체소송의 대상등)에 따라 제기된 소송
9. 『자본시장과 금융투자업에 관한 법률』에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우

11. 노동조합 및 노동관계조정법에 관련된 쟁의행위, 집회 및 시위에 관한 법률에 관련 된 시위행위에 관련된 소송
12. 『독점규제 및 공정거래에 관련 법률』, 『증권관련집단소송법』에 관련된 소송
13. 가입여부와 관계없이 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용
14. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손, 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
15. 소송의 결과에 따라 피보험자가 소송 상대 측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
16. 석면(이를 구성물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
18. "국민투표무효소송" 및 『공직선거법』이 정한 "선거 무효소송"(공직선거법 제222조), "당선 무효소송"(공직선거법 제223조)
19. 국가 또는 공공단체의 기관이 법률에 위반되는 행위를 한 때에 직접 자기의 법률상 이익과 관계없이 그 시정을 구하기 위하여 제기하는 소송
20. 국가 또는 공공단체의 기관 상호간에 있어서 그 권한의 존부 또는 그 행사에 관하여 다툼이 있는 때 이에 대하여 제기하는 소송으로 국민의 구체적 권익 구제와는 관련이 없는 기관소송(지방의회 또는 교육위원회 의결무효소송, 감독처분에 대한 이의소송 등을 말합니다)
21. 행정청이 당사자의 신청에 대하여 법률상의 응답의무가 있음에도 이를 하지 않는 경우 행정청의 응답을 신속하게 하기 위한 소송

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우 (사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자 의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
2. 소송 판결 전 청구의 포기 소의 취하 소의 각하 인낙 소송의 변경, 소송상 화해 소송상 조정 등이 발생한 경우
3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다.)

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 제1호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 아니하며 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
3. 보험금지급을 위한 증명서(소장, 소송 상 조정, 소송 상 화해시 해당조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 값을 손해액에서 뺍니다.

제8조(보험금의 분담)

① 회사는 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(각종 공제회에 가입되어 있는 공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 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.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제10조(조사)

① 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송 진행 사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 동의를 얻어 소송 관련서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않을 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제11조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제12조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

12. 의료사고법률비용(갱신형_20년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 의료사고법률비용 : 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조(의료기

관)에 정한 의료기관(병원 또는 의원 등 한방병원 또는 한의원을 포함. 이와 같음)에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 지급

구 분	지급금액
의료사고법률비용	변호사 착수금의 80% (이 특별약관 보험가입금액 한도)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보상하여 드립니다.

② 제1항의 의료사고라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 총칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)에 정한 의료기관에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 상해는 의료사고로 보지 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)

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

1. 보험증권에 기재된 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
3. 보험계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제4조(보험금의 청구)

① 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료확인서 등)
3. 주민등록증, 여권 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증(본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급 받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관이어야 합니다.

제5조(보험금의 비례분담)

① 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{손해액} \times \frac{\text{각 계약의 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

13. 보이스피싱손해(갱신형_20년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보이스피싱손해 : 보험기간 중에 대한민국 내에서 발생한 보이스피싱 사고로 금전적인 손해를 입은 경우에는 1사고당 피보험자가 입은 실제 금전손해액의 70%를 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다. 다만, 피보험자는 사고가 발생한 때에 「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」에 따라 전기통신금융사기의 피해 구제를 신청하여야 합니다.

구 분	지 급 금 액
보이스피싱손해	이 특별약관 보험가입금액 한도 실손 (실제 금전손해액의 70%) 보상

제2조(「보이스피싱손해」의 정의 및 확정)

① "보이스피싱"이라 함은 사기범이 전화로 피보험자에게 전화를 걸어 공공기관, 금융기관, 수사기관 등을 사칭해 세금환급, 대금연체(신용카드, 이동통신이용료 등), 카드 도용, 카드발급, 출석요구, 거짓 납치사고, 범죄 연루 등을 빌미로 송금을 요구하거나 개인정보 및 금융정보를 탈취하는 수법을 말합니다.

② "실제 금전손해액"이라 함은 보이스피싱으로 인하여 송금·이체된 금액에서 『전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법』 제10조에 의해 지급되는 피해환급금을 제외한 금액을 말합니다.

③ "피해환급금"이라 함은 『전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법』 제5조에 따라 금융감독원이 채권소멸절차의 개시 공고 후 소멸된 채권을 기초로 동법 제10조에 따라 금융회사가 피보험자에게 지급하도록 결정한 금액을 의미합니다.

④ "개인정보"라 함은 생존하는 개인의 신상에 관한 정보로서 당해정보에 포함되어 있는 성명, 주소, 생년월일 또는 주민등록번호 등에 의해 당해 개인을 식별할 수가 있는 정보(당해 정보만으로는 특정 개인을 식별할 수 없더라도 다른 정보와 용이하게 결합하여 식별할 수 있는 것을 포함한다.)를 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 각 호의 사유로 인하여 발생한 비용 또는 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자 또는 피보험자의 대리인의 고의 또는 범죄행위로 인한 사고 (공모한 경우를 포함합니다)
2. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 피보험자와 세대를 같이하

는 친족이나 고용인이 고의로 일으킨 손해
3. 피보험자와 생계를 같이하는 배우자 및 직계친족에 의한 사고
4. 『전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법』 제10조에 따라 지급 받은 해당금액
5. 제1조(보험금의 지급사유)에 명기된 손해 이외의 일체의 비용 또는 손해
6. 구두 또는 문서에 의한 비방, 중상에 따른 인격권 침해
7. 원인의 직·간접을 불문하고, 전쟁(선전포고의 유무를 구분하지 아니합니다), 혁명, 내란, 사변, 테러,폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 상태
8. 영업비밀, 저작권, 특허권 또는 이와 유사한 지적재산권 침해
9. 피보험자가 입은 신체적인 상해, 질병 또는 장해, 정신적 쇼크, 정신적 고통 또는 정신 장해
10. 피보험자가 자발적으로 제3자에게 개인정보를 제공하거나 노출한 경우
11. 차압, 구류, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공단체의 공권력 행사
12. 보험기간 이전에 발생한 사고나 손해로 인하여 보험기간 중에 발생한 손해 또는 비용

범죄행위

형법에 규정되어 있는 범죄 및 상법 또는 독점금지법 등의 법률과 같이 특별 처벌 규정에 따른 범죄를 말합니다. 그리고 범죄행위에는 형(刑)을 받아야 하지만 집행유예 등에 의하여 형의 집행이 면제되는 경우뿐만 아니라 시효의 완성 등에 따라 형을 받게 되지 않은 경우도 포함합니다.

제4조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 수사기관의 피해신고확인서등 관련자료
3. 피해자신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 지급정지요청서(「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 시행령별지 제2호)사본. 단, 지급정지금액이 없는 경우 피해구제신청서(「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 시행령별지 제1호)사본 및 지급정지금액 없음을 증명할 수 있는 서류
5. 금융감독원의 「피해환급금 결정 통지서」 또는 객관적으로 피해환급금 수령을 증명할 수 있는 서류
6. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제5조(보험금의 비례분담)

① 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{손해액} \times \frac{\text{각 계약의 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제6조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(보통약관 계약의 소멸) 제4항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회

사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

14. 홀인원비용(최초1회한)(갱신형_20년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 홀인원비용(최초1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 골프장에서 골프경기 중 홀인원(Hole in One)을 행한 경우에는 최초 1회에 한하여 홀인원을 행한 날로부터 1개월 이내에 「홀인원비용」으로 소요된 실제 손해액을 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 지급. 다만, 제5조(용어의 정의) 제4항 제3호의 「축하라운드 비용」의 경우에는 홀인원을 행한 날로부터 3개월 이내에 소요된 금액을 지급.

구 분	지 급 금 액
홀인원비용(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액 한도내 실제 손해액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유)에서 피보험자라 함은 프로경력이 없는 자로 골프경기를 아마추어(Amateur)의 자격으로 행한 자를 말하며 골프의 경기 또는 지도를 직업으로 하는 자를 제외합니다.

제3조(보험금의 비례분담)

① 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{손해액} \times \frac{\text{각 계약의 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각 호의 경우에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 골프장의 경영자 또는 사용인(임시고용인 포함)인 경우에 그 피보험자가 경영하는 또는 고용하고 있는 골프장에서 행한 홀인원
2. 피보험자가 깔때기홀(그린에 볼을 올리기만 하면 볼이 홀에 들어가도록 설계한 홀을 말합니다.)에서 행한 홀인원

제5조(용어의 정의)

①「골프장」이라 함은 각 홀이 서로 다른 티잉그라운드(Teeing Ground), 해저드(Hazard), 퍼팅그린(Putting Green) 및 스루더그린(Through the Green)으로 구성된 18홀 이상을 보유하고 있는 국내 소재의 회원제골프장 및 정규대중골프장을 말합니다. 다만, 18홀 미만의 일반대중골프장은 제외합니다.

②「골프경기」라 함은 골프장에서 골프장에 속한 캐디를 보조자로 하고 동반경기자 2명 이상(골프장이 주최 또는 공동 주최한 공식경기의 경우에는 그러

하지 않습니다)과 기준타수(PAR) 72이상의 18홀을 정규로 라운드 하는 것을 말합니다. 다만, 우천 등의 사유로 라운드가 중지되었을 경우에는 9홀 이상을 라운드 한 경우 골프경기로 인정합니다.

③「홀인원(Hole in One)」이라 함은 각 홀에서 제1타에 의해 볼이 직접 홀에 들어가는 것을 말합니다.

④「홀인원비용」이라 함은 다음 각 호의 비용을 부담함으로써 입은 손해를 말합니다.

1. 증정용 기념품 구입비용. 단, 다음의 구입비용은 제외합니다.
   가. 상품권등의 물품전표
   나. 선불카드(다만, 피보험자가 홀인원을 기념하기 위하여 특별히 작성한 것은 보상합니다)
2. 축하만찬 비용
3. 축하라운드 비용(그린피, 캐디피, 카트비용 등)

⑤ 제4항 제1호의「증정용 기념품 구입비용」이라 함은 홀인원을 행한 경우에 동반경기자, 친구 등에 증정할 기념품의 구입대금 또는 우송비용을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 홀인원 증명서(동반경기자, 동반한 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공동 서명·날인이 있어야 합니다)
3. 기념품 구입비용, 축하만찬비용, 축하라운드 비용 지출 명세서
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의「홀인원비용(최초1회한)」 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

15. 알바트로스비용(최초1회한)(갱신형_20년) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 알바트로스비용(최초1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 골프장에서 골프경기 중 알바트로스(Albatross)를 행한 경우에는 최초 1회에 한하여 알바트로스를 행한 날로부터 1개월 이내에 「알바트로스비용」소요된 실제 손해액을 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 지급. 다만, 제5조(용어의 정의) 제4항 제3호의 「축하라운드 비용」의 경우에는 알바트로스를 행한 날로부터 3개월이내에 소요된 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
알바트로스비용(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액 한도내 실제 손해액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유)에서 피보험자라 함은 프로경력이 없는 자로 골프경기를 아마추어(Amateur)의 자격으로 행한 자를 말하며 골프의 경기 또는 지도를 직업으로 하는 자를 제외합니다.

제3조(보험금의 비례분담)

① 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{손해액} \times \frac{\text{각 계약의 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각 호의 경우에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 골프장의 경영자 또는 사용인(임시고용인 포함)인 경우에 그 피보험자가 경영하는 또는 고용하고 있는 골프장에서 행한 알바트로스
2. 피보험자가 깔때기홀(그린에 볼을 올리기만 하면 볼이 홀에 들어가도록 설계한 홀을 말합니다.)에서 행한 알바트로스
3. 기준타수 4타인 홀에서 제1타에 의해 볼이 홀에 들어가는 경우

제5조(용어의 정의)

① 「골프장」이라 함은 각 홀이 서로 다른 티잉그라운드(Teeing Ground), 해저드(Hazard), 퍼팅그린(Putting Green) 및 스루더그린(Through the Green)으로 구성된 18홀 이상을 보유하고 있는 국내 소재의 회원제골프장 및 정규대중골프장을 말합니다. 다만, 18홀 미만의 일반대중골프장은 제외합니다.

② 「골프경기」라 함은 골프장에서 골프장에 속한 캐디를 보조자로 하고 동반경기자 2명 이상(골프장이 주최 또는 공동 주최한 공식경기의 경우에는 그러하지 않습니다)과 기준타수(PAR) 72이상의 18홀을 정규로 라운드 하는 것을 말합니다. 다만, 우천 등의 사유로 라운드가 중지되었을 경우에는 9홀 이상을 라운드 한 경우 골프경기로 인정합니다.

③ 「알바트로스(Albatross)」라 함은 각 홀의 기준 타수보다 3타가 적은 타수로 볼이 홀에 들어가는 것을 말합니다.

④ 「알바트로스비용」이라 다음 각 호의 비용을 부담함으로써 입은 손해를 말합니다.

1. 증정용 기념품 구입비용. 단, 다음의 구입비용은 제외합니다.
   가. 상품권등의 물품전표
   나. 선불카드(다만, 피보험자가 알바트로스를 기념하기 위하여 특별히 작성한 것은 보상합니다)
2. 축하만찬 비용
3. 축하라운드 비용(그린피, 캐디피, 카트비용 등)

⑤ 제4항 제1호의 「증정용 기념품 구입비용」이라 함은 알바트로스를 행한 경우에 동반경기자, 친구 등에 증정할 기념품의 구입대금 또는 우송비용을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자(또는 보험수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 알바트로스 증명서(동반경기자, 동반한 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공동 서명·날인이 있어야 합니다)
3. 기념품 구입비용, 축하만찬비용, 축하라운드 비용 지출 명세서
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 「알바트로스비용(최초1회한)」 지급사유가 발생된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

16. 사이버명예훼손피해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 사이버명예훼손피해보장 : 이 특별약관의 보험기간 중에 「사이버명예훼손」 사건의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등을 접수하고, 가해자에 대해 「검찰의 기소처분결정」이 내려진 경우 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
사이버명예훼손피해보장	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 사이버명예훼손의 피해자가 생존하는 피보험자 개인으로 특정된 경우에 한하며, 제3조(「사이버명예훼손」 등의 정의) 제2항 각 호의 관련사건은 하나의 사건으로 봅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 다른 형사사건의 수사 또는 재판과정에서 가해자의 피보험자에 대한 사이버명예훼손 혐의를 수사기관이 인지하여 수사기관에 신고, 고소, 고발 등의 접수 없이 검찰의 기소처분결정이 내려진 경우에도 보험수익자에게 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금을 지급합니다.

제3조(「사이버명예훼손」 등의 정의)

①「사이버명예훼손」이라 함은 가해자가 피해자를 비방할 목적으로 정보통신망을 통하여 공공연하게 사실, 허위의 사실 또는 거짓을 드러내어 피보험자의 명예를 훼손하는 다음 각 호의 행위를 의미합니다.

1.「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제70조 제1항
2.「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제70조 제2항

②「관련사건」이라 함은 동일 피해자에 대한 다음 각 호의 사건을 의미합니

다.

1. 가해자 1인이 범한 수개의 사이버명예훼손
2. 2인 이상의 가해자가 공동으로 범한 사이버명예훼손
3. 2인 이상의 가해자가 동일 사이버공간에서 범한 사이버명예훼손

③ 제2항 제3호에서 「동일 사이버공간」이라 함은 동일한 URL(Uniform Resource Locator)주소 또는 동일한 모바일메신저 채팅방 등을 말합니다.

④ 제1항에서 「정보통신망」이라 함은 전기통신사업법 제2조 제2호에 따른 전기통신설비를 이용하거나 전기통신설비와 컴퓨터 및 컴퓨터의 이용기술을 활용하여 정보를 수집·가공·저장·검색·송신 또는 수신하는 정보통신체계를 말합니다.(정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률 제2조 제1항 제1호 참조)

⑤「검찰의 기소처분결정」이라 함은 검사가 가해자에 대하여 공소제기(이하 「기소」라 하며, 약식기소를 포함합니다)한 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 발생한 사고의 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자, 보험수익자, 계약자가 보험금을 부정 취득할 목적으로 제3자와 공모하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
5. 피해자가 특정한 사람이 아닌 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)인 사건에서 피보험자가 해당 단체의 소속원 또는 구성원인 경우
6. 가해자가 피해자를 집합적 명사로 표현하여 그 범위에 속하는 피보험자의 명예가 훼손된 경우. 다만, 관련사건에서 집합적 명사와 구별하여 피보험자 개인을 특정하여 피보험자 개인을 상대로 한 사이버명예훼손의 피해에 대하여는 보험금을 지급합니다.

용어의 정의

【집합적 명사】 하나하나의 사람이 모여서 하나의 단위인 가족, 위원회, 청중 등과 같이 하나의 집합체를 하나로 보는 명사

7. 보험기간 이전에 발생한 피보험자의 사이버명예훼손피해
8. 피보험자가 사망한 상태에서 사이버명예훼손의 피해자가 된 경우

제5조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 법원의 판결문 또는 검찰의 공소장(죄명 및 가해자와 피보험자와의 관계를 알수 있는 서류)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적

용하지 않습니다.

17. 인터넷직거래사기피해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 인터넷직거래사기피해보장 : 이 특별약관의 보험기간 중에 「인터넷직거래사기」로 금전상의 피해를 입어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등을 접수하고 가해자에 대해 「검찰의 기소처분결정」이 내려진 경우 아래의 금액을 지급(단, 피해환급액은 제외합니다.)

구 분	지 급 금 액
인터넷직거래사기피해보장	실제 금전손실액의 70% (이 특별약관 보험가입금액 한도)

【인터넷직거래사기 사례】

유형1 : 판매자가 돈을 받고 물품을 보내지 않은 경우

피해자는 중고거래 사이트를 통해 마음에 드는 카메라를 발견하고 판매자에 연락을 취해 판매자의 통장으로 선입금하였으나 물건을 받지 못하고 연락이 두절됨

유형2 : 판매자가 다른 물품을 보낸 경우

피해자는 중고거래 사이트의 판매자로부터 받은 택배 송장 번호를 확인한 후 입금했으나 실제로 택배로 받은 물품은 주문한 것과는 전혀 다른 쓸모없는 물품임

유형3 : 물품을 보냈는데 구매자로부터 돈을 못 받은 경우

피해자인 판매자가 올린 중고거래 사이트 판매 게시글에 구매의사를 밝힌 자에게 해당 물품을 택배로 보냈으나 끝내 구매자로부터 돈을 입금 받지 못함

제2조(「인터넷직거래사기」 등의 정의)

① 「인터넷직거래사기」라 함은 정보통신망을 통하여 물품 거래 등에 관한 허위의 의사표시를 온라인 직거래 사이트에 게시하여 발생한 대금 편취 사기를 말합니다. 단, 정보통신망을 이용한 기망행위가 있더라도 피해자와 가해자가 직접 대면하여 거래한 경우는 제외합니다.

② 제1항에서 「정보통신망」이라 함은 전기통신사업법 제2조 제2호에 따른 전기통신설비를 이용하거나 전기통신설비와 컴퓨터 및 컴퓨터의 이용기술을 활용하여 정보를 수집·가공·저장·검색·송신 또는 수신하는 정보통신체계를 말합니다.(정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률 제2조 제1항 제1호 참조)

③ 제1항에서 「물품 거래 등」이라 함은 거래대상이 적법한 것이고, 금전적으로 산정가능하며, 확정하거나 또는 확정될 수 있는 한 제한을 두지 않습니다. 단, 게임 캐릭터 및 아이템 등 인터넷 게임과 관련하여 발생한 대금 편취 사기는 제외됩니다.

④ 제1항에서 「온라인 직거래 사이트」라 함은 중간 판매 또는 중개 업체를 통하지 않고, 각 개인(판매 또는 중개를 업으로 하는 자는 제외합니다)이 인터넷을 통해 직접 거래하는 사이트를 말합니다.

⑤ 「실제 금전손실액」이라 함은 법원의 판결, 경찰 조사 또는 금융거래내역 등으로 입증이 가능한 피보험자가 직접 송금한 금전손실액 원금(거래하기로 약정한 물품가격)을 말합니다. 단, 개인정보 또는 금융정보 유출로 인한 2차적인 손해는 보상하지 않습니다.

⑥ 제5항에서 「개인정보」라 함은 생존하는 개인의 신상에 관한 정보로서 해당 정보에 포함되어 있는 성명, 주소, 생년월일 또는 주민등록번호 등에 의해 해당 개인을 식별할 수 있는 정보(해당 정보만으로는 특정 개인을 식별할 수 없더라도 다른 정보와 용이하게 결합하여 식별할 수 있는 것을 포함합니다)를 말합니다.

⑦ 「검찰의 기소처분결정」이라 함은 검사가 가해자에 대하여 공소제기(이하 「기소」라 하며, 약식기소를 포함합니다)한 것을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 그 법정대리인의 고의나 중대한 과실, 또는 이들이 미리 알고 있었거나 제3자와의 공모 또는 단독으로 행한 범죄행위 또는 불성실행위
2. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 피보험자와 세대를 같이하는 친족이나 고용인이 고의로 일으킨 손해
3. 피보험자와 생계를 같이하는 배우자 및 직계친족에 의한 사고
4. 원인의 직·간접을 불문하고 전쟁(선전포고의 유무를 구분하지 아니합니다), 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 상태
5. 차압, 구류, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공단체의 공권력 행사

② 회사는 다음 각 호에 해당하는 비용 또는 손해에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 제1조(보험금의 지급사유)에 명기된 손해 이외의 일체의 비용 또는 손해
2. 구두 또는 문서에 의한 비방, 중상에 따른 인격권 침해
3. 영업비밀, 저작권, 특허권 또는 이와 유사한 지적재산권 침해
4. 피보험자가 입은 신체적인 상해, 질병 또는 장해, 정신적 쇼크, 정신적 고통 또는 정신 장해
5. 보험기간 이전에 발생한 사고나 손해로 인하여 보험기간 중에 발생한 손해 또는 비용

제4조(보험금의 청구)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 검찰의 고소·고발사건처분결과통지서, 공소장 또는 사건처분결과증명서 등(죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알수 있는 서류)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(보험금의 비례분담)

① 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{손해액} \times \frac{\text{각 계약의 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제6조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 판결 결과에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 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.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제26조(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 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제9조(중도인출), 제11조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

제6장. 재물손해관련 특별약관

0. 재물손해관련 공통약관

제1조(목적)

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자가 보험의 목적에 입은 손해에 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.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
보험의 목적	이 약관에 따라 보험에 가입한 물건으로 보험증권에 기재된 건물 등을 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, 의치등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치등 신체에 이식되어 그 기능을 대신한 경우는 포함합니다.
보험가입금액	보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
보험가액	재산보험에 있어 피보험 이익을 금전으로 평가한 금액으로 보험목적에 발생할 수 있는 최대 손해액을 말합니다. (회사가 실제 지급하는 보험금은 보험가액을 초과할 수 없습니다)
배상책임	보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간중에 발생된 보험사고 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
보상한도액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 보험금 등의 지급한도에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
자기부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
보험금 분담	이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
대위권	회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 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 시점의 이율을 말합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료/보험업무」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.
보험계약 대출이율	이 보험상품의 약관에 따라 계약자가 대출을 받은 경우 회사가 정하는 대출이율이며, 보험계약대출이율이 변경되는 경우, 변경된 시점부터 변경된 이율을 적용합니다.
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

용 어	정 의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일, 대체공휴일 및 근로자의 날을 제외합니다.

5. 보험료 관련 용어

용 어	정 의
보험료	계약자가 계약에 의거하여 회사에 지급하여야 하는 금액을 말하며 보장보험료와 적립보험료로 구성됩니다.
보장보험료	손해를 보장하는데 필요한 보험료(보장부분에 해당하는 회사의 사업경비를 포함합니다)를 말합니다.
적립보험료	회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(적립부분에 해당하는 회사의 사업경비를 포함합니다)를 말합니다.
적립부분 순보험료	적립보험료에서 적립부분에 해당하는 회사의 사업경비를 공제한 보험료를 말합니다.

제3조(손해의 통지 및 조사)

① 보험의 목적에 손해가 생긴 경우 계약자 또는 피보험자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

② 계약자 또는 피보험자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않습니다.

③ 회사가 제1항에 대한 손해의 사실을 확인하기 어려운 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 필요한 증거자료의 제출을 요청할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 받은 때에는 사고가 생긴 건물 또는 그 구내와 거기에 들어있는 피보험자의 소유물을 조사할 수 있습니다.

제4조(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. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제5조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제4조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

② 회사가 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」(【별표3】 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제6조(지급보험금의 계산)

① 회사가 지급할 손해가 생긴 때에는 1사고마다 보험증권에 기재된 이 계약의 보험가입금액을 한도로 손해액 전부(보험가액을 한도로 합니다)를 보상합니다.

② 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 클 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1인에 대한 보험금 청구를 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

1. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우 :

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

2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우 :

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

3. 이 보험계약이 타인을 위한 보험계약이면서 보험계약자가 다른 계약으로 인하여 상법 제682조에 따른 대위권 행사의 대상이 된 경우에는 실제 그 다른 계약이 존재함에도 불구하고 그 다른 계약이 없다는 가정하에 제1항에 따라 계산한 보험금을 그 다른 보험계약에 우선하여 이 보험계약에서 지급합니다.
4. 이 보험계약을 체결한 보험회사가 타인을 위한 보험에 해당하는 다른 계약의 보험계약자에게 상법 제682조에 따른 대위권을 행사할 수 있는 경우에는 이 보험계약이 없다는 가정하에 다른 계약에서 지급받을 수 있는 보험금을 초과한 손해액을 이 보험계약에서 보상합니다.

③ 하나의 보험가입금액으로 둘 이상의 보험의 목적을 계약하는 경우에는 전체가액에 대한 각 가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분하여 제1항 또는 제2항의 규정에 따라 지급보험금을 계산합니다.

제7조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 값을 손해액에서 뺍니다.

제8조(손해액의 조사결정)

회사가 보상할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에서의 보험가액에 따라 계산합니다.

제9조(현물보상)

회사는 손해의 일부 또는 전부에 대하여 재건축, 수리 또는 현물의 보상으로서 보험금의 지급에 대신할 수 있습니다.

제10조(잔존물)

회사가 보험금을 지급하고 잔존물을 취득할 의사표시를 하는 경우에는 그 잔존물은 회사의 소유가 됩니다.

제11조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 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.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제12조(계약전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다.

제13조(계약후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

2. 보험의 목적을 양도할 때
3. 보험의 목적 또는 보험의 목적을 수용하는 건물의 구조를 변경, 개축, 증축하거나 계속하여 15일 이상 수선할 때
4. 보험의 목적 또는 보험의 목적을 수용하는 건물의 용도를 변경함으로써 위험이 변경하는 경우
5. 보험의 목적 또는 보험의 목적이 들어있는 건물을 계속하여 30일 이상 비워 두거나 휴업하는 경우
6. 보험의 목적을 다른 곳으로 옮길 때
7. 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.

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제12조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제13조(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 보험료 등을 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 제39조(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 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 보며, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제15조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1

개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제16조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 사고가 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 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
   1. 보험종목
   2. 보험기간
   3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
   4. 계약자, 피보험자
   5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 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 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 보통약관 제39조(해지환급금)에서 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.

제18조(보험의 목적에 대한 조사)

회사는 보험의 목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 보험의 목적 또는 이들이 들어 있는 건물이나 구내를 조사할 수 있습니다.

제19조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 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.

제20조(계약의 임의해지)

계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 보통약관 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제21조(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 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급

합니다.

제22조(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), 제11조(만기환급금의 지급) 및 제26조(보통약관 계약의 소멸)는 적용하지 않습니다.

1. 골프용품손해(골프장내)(갱신형_20년) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 골프시설(골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장, 탈의실 등 그 외 부속시설을 포함합니다. 이하 같습니다.)구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식을 포함합니다.)중에 생긴 아래의 손해를 보상합니다.

1. 보험증권에 기재된 골프용품(골프채, 골프가방, 그 밖의 골프용구 또는 피복류를 말합니다. 이하 같습니다.)에 생긴 화재(낙뢰를 포함합니다.) 및 도난 손해
2. 우연한 사고로 골프채가 부러지거나 휘어지거나 파손됨으로써 생긴 손해

② 회사는 보험의 목적인 골프용품에 제1항에서 정한 손해가 발생한 때에는 보험가입금액을 한도로 다음과 같이 보상합니다.

1. 손해발생 당시 보험의 목적의 시가에 의하여 산정한 금액을 보상합니다.
2. 손해가 발생된 보험의 목적을 수선하게 될 때에는 손해 발생 직전의 상태로 복구시키는데 필요한 수선비를 손해액으로 하여 보상합니다.

③ 회사는 제1항에서 정한 손해의 일부 또는 전부에 대하여 그 손해에 상당하는 현물의 보상으로써 보험금의 지급에 갈음할 수 있습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 골프용품의 사용과 관리를 위탁받은 자 또는 피보험자와 세대를 같이 하는 친족(민법 제777조 규정의 범위와 같습니다.)의 고의
2. 골프용품에 존재하고 있는 흠, 마멸, 부식, 녹 또는 쥐나 벌레로 인한 손해
3. 분실
4. 계약자, 피보험자의 고의 또는 중대한 과실

제3조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

보험목적에 대하여 이 계약에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 「0. 재물손해관련 공통약관」을 따릅니다.

제7장. 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 말합니다.
   다. 자기부담금 : 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
   라. 보험금 분담 : 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 범위) 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한

도로 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 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 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 해당기간에 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 가입했더라면 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 금액한도내에서 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 보험료 등을 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 제39조(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 알려드립니다.

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 제34조(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 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제16조(양도)

보험 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동의한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제17조(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 제39조(해지환급금)에서 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 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 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 제39조(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), 제11조(만기환급금의 지급), 제26조(보통약관 계약의 소멸)은 적용하지 않습니다.

1. 가족일상생활중배상책임III(갱신형_1년) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 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 살고 있는 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다, 이하 동일합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)에 인한 우연한 사고
3. 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

② 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

③ 제6조 2항 2호에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

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(누수사고의 정의)

이 특별약관에서 「누수사고」라 함은 피보험자의 주택 또는 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수 설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다.

단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않습니다.

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 [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

제5조(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. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 1사고당 이 특약의 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다. 다만, 자기부담금은 누수와 누수 이외의 사고에 따라 다를 수 있으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우, 해당 사고는 '누수사고'로 봅니다.

대인배상책임

타인의 신체에 피해를 입혀 피보험자가 부담하는 법률상의 배상책임

대물배상책임

타인의 재물에 손해를 일으켜 피보험자가 부담하는 법률상의 배상책임

2. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제2호 '가'목, '나'목 또는 '마'의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제4조(보상하는 손해의 범위) 제2호 '다', '라'의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 1억원 한도 내에서 보상합니다.

제6조(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

제7조(특별약관의 갱신 및 보험료의 납입방법)
이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제도성 특별약관 제8장 1. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)
피보험자가 사망(보통약관 제26조(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.

제9조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 「0. 배상책임관련 공통약관」을 따릅니다.

제8장. 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
12-2. 일반상해입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관
16-2. 골절진단비(치아파절 제외)(갱신형_20년) 특별약관
19-2. 골절진단비(치아파절 포함, 연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관
20-2. 골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관
21-2. 골절수술비(갱신형_20년) 특별약관
24-2. 골절수술비(1~5급)(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관
27-2. 상해수술비(갱신형_20년) 특별약관
31. 강력범죄처리비용(갱신형_20년) 특별약관
33-2. 상해1~5종수술비Ⅱ(갱신형_20년) 특별약관
38-2. 종합병원 일반상해입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관
39-2. 상급종합병원 일반상해입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관
제2장. 질병관련 특별약관
1-2. 질병사망(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관
2. 질병후유장해(80%이상)(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관
3-2. 질병후유장해(3~100%)(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관

4-2. 질병후유장해(20~100%)(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관
5-2. 질병입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관
8-2. 질병수술비(갱신형_20년) 특별약관
9-2. 질병수술비(특정3대질병제외)(갱신형_20년) 특별약관
10-2. 암진단비(유사암제외)(갱신형_20년) 특별약관
11-2. 유사암진단비(갱신형_20년) 특별약관
12-2. 암진단비(소액암 및 유사암제외)(갱신형_20년) 특별약관
13-2. 고액치료비암진단비(갱신형_20년) 특별약관
14-2. 11대특정암진단비(갱신형_20년) 특별약관
15-2. 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일)(갱신형_20년) 특별약관
16-2. 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관
17-2. 요양병원 암입원비(1일-60일)(갱신형_20년) 특별약관
18-2. 요양병원 암입원비(1일-90일)(갱신형_20년) 특별약관
19-2. 암수술비III(갱신형_20년) 특별약관
20-2. 암수술비IV(갱신형_20년) 특별약관
23-2. 항암방사선약물치료비(갱신형_20년) 특별약관
24-2. 암사망(갱신형_20년) 특별약관
25. 재진단암III진단비(갱신형_20년) 특별약관
27-2. 급성심근경색증진단비(갱신형_20년) 특별약관
29-2. 허혈성심질환진단비(갱신형_20년) 특별약관
30-2. 뇌출혈진단비(갱신형_20년) 특별약관
32-2. 뇌졸중진단비(갱신형_20년) 특별약관
34-2. 뇌혈관질환진단비(갱신형_20년) 특별약관
41-2. 16대특정질병입원비(4일-120일)(갱신형_20년) 특별약관
42-2. 34대특정질병수술비(갱신형_20년) 특별약관
43-2. 치핵수술비(갱신형_20년) 특별약관
63-2. 중기이상 만성간질환진단비(갱신형_20년) 특별약관
64-2. 중기이상 만성신부전증진단비(갱신형_20년) 특별약관
65-2. 중기이상 만성폐질환진단비(갱신형_20년) 특별약관
66-2. 말기 만성폐질환진단비(갱신형_20년) 특별약관
67-2. 질병1~5종수술비II(갱신형_20년) 특별약관
68-2. 5대기관질병수술비II(갱신형_20년) 특별약관
69. 요실금수술비(급여_연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관
72-2. 뇌혈관질환수술비(갱신형_20년) 특별약관
73-2. 허혈성심질환수술비(갱신형_20년) 특별약관
74-2. 뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비(갱신형_20년) 특별약관
75. 두 번째 뇌출혈진단비(갱신형_20년) 특별약관
76. 두 번째 급성심근경색증진단비(갱신형_20년) 특별약관
77-2. 갑상선암(초기제외)진단비(갱신형_20년) 특별약관
78-2. 70대특정질병수술비(갱신형_20년) 특별약관
79-2. 피부질환수술비(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관
80-2. 대상포진진단비(갱신형_20년) 특별약관
81-2. 대상포진눈병진단비(갱신형_20년) 특별약관
82-2. 통풍진단비(갱신형_20년) 특별약관
83-2. 혈전용해치료비(1회한)(갱신형_20년) 특별약관
84-2. 말기암 호스피스 완화 의료병동입원치료비(최초1회한)(갱신형_20년) 특별약관
85. 이차암진단비(갱신형_20년) 특별약관
87-2. 종합병원 질병입원비(1일-180일)(갱신형_20년) 특별약관
88-2. 영구적장해동반뇌졸중II진단비(갱신형_20년) 특별약관
89-2. 간경변증(CP B이상)진단비(갱신형_20년) 특별약관
90-2. 초기이상만성폐질환진단비(갱신형_20년) 특별약관
91-2. 만성폐쇄성폐질환진단비(갱신형_20년) 특별약관
92-2. 만성신장질환(CKD 3기이상)진단비(갱신형_20년) 특별약관
93-2. 3대질병진단비III(갱신형_20년) 특별약관
94. 재진단3대질병진단비(갱신형_20년) 특별약관
95-2. 병적골절동반 골다공증진단비(갱신형_20년) 특별약관
96-2. 상급종합병원 질병입원비(1일-120일)(갱신형_20년) 특별약관

97-2. 7대희귀난치성질환진단비(갱신형_20년) 특별약관
98-2. 요로결석진단비(갱신형_20년) 특별약관
99-2. 항암방사선약물치료비(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관
100-2. 8대기관 양성신생물(폴립포함)수술비(연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관
101-2. 갑상선기능항진증치료비(갱신형_20년) 특별약관
제4장. 장기요양관련 특별약관
1-2. 장기요양간병비(1등급)(갱신형_20년) 특별약관
2-2. 장기요양간병비(1~2등급)(갱신형_20년) 특별약관
3-2. 장기요양간병비(1~4등급)(갱신형_20년) 특별약관
제5장. 비용손해관련 특별약관
10. 법률비용손해(민사소송)(갱신형_20년) 특별약관
11. 법률비용손해(행정소송)(갱신형_20년) 특별약관
12. 의료사고법률비용(갱신형_20년) 특별약관
13. 보이스피싱손해(갱신형_20년) 특별약관
14. 홀인원비용(최초1회한)(갱신형_20년) 특별약관
15. 알바트로스비용(최초1회한)(갱신형_20년) 특별약관
제6장. 재물손해관련 특별약관
1. 골프용품손해(골프장내)(갱신형_20년) 특별약관
제7장. 배상책임관련 특별약관
1. 가족일상생활중배상책임III(갱신형_1년) 특별약관

제2조(갱신형 보장특약의 자동갱신)

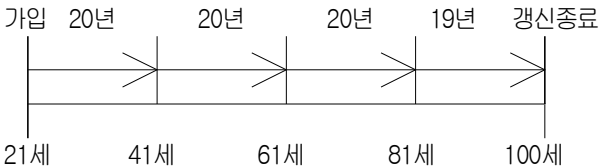
① 갱신형 보장특약 중 최초계약의 보험기간은 20년(단, 가족일상생활중배상책임III은 1년)으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 기간이 최초계약의 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

갱신시 보험기간 예시

(예시1) 21세 피보험자가 20년만기로 100세까지 갱신하는 경우

갱신시점 나이 : 41세, 61세, 81세

- 81세에서는 갱신종료나이까지의 잔여기간에 해당하는 19년 만기로 운용



② 제1항에도 불구하고 이차암진단비(갱신형_20년)의 경우 갱신시점의 피보험자 보험나이로부터 [갱신종료나이-1]세까지의 기간이 [갱신전 계약의 보험기간+1]년 미만일 경우에는 갱신종료나이까지의 잔여기간을 보험기간으로 하며, [갱신종료나이-1]세까지 암진단비(유사암제외)(추가, 갱신형 보장계약 포함)의 보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우, [갱신종료나이-1]세 갱신시점부터 더 이상 갱신을 하지 않습니다.

③ 제1항에도 불구하고 제2장. 질병관련 특별약관의「25. 재진단암III진단비(갱신형_20년) 특별약관」, 「 75. 두 번째 뇌출혈진단비(갱신형_20년) 특별약관」 및 「 76. 두 번째 급성심근경색증진단비(갱신형_20년) 특별약관」의 경우에는 갱신시점에서 (갱신종료나이-1)세까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 (갱신종료나이-1)세까지의 잔여보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 (갱신종료나이-1)세인 경우에는 1년을 보험기간으로 하여 갱신합니다.

④ 제1항에도 불구하고 제2장. 질병관련 특별약관의「94. 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.

⑤ 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 해제)

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 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 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 계약 전 알릴의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 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 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 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 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
2. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

① 보험계약에 이 특별약관을 부가할 때 피보험자의 건강상태에 따라서 제2항 제1호 및 제2호의 조건을 부가합니다.

② 이 특별약관에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생하는 경우 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보험금 납입면제 사유가 발생한 경우에도 회사는 보험료 납입면제를 하지 않습니다. 다만, 질병으로 인한 사망 또는 80%이상 후유장해로 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 제34조(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(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코(외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함)
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀(외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기 (꼭지돌기)포함)
16	안구 및 안구부속기(안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함)
17	신장
18	부신
19	요관, 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)
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)

구분	특정부위
48	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

【별표②】 특정질병 분류표

① 약관에서 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 규정하는 특정질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
1	심장질환	I00~I02, I05~I09, I20~I25, I26~I28, I30~I52, I97
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 개정이후 이 약관에서 규정하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
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.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 규정하는 특정 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 규정하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

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. 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 이자 및 보험료를, 또 보통약관에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계를 뺀 금액을 지급합니다.

⑥ 이 특별약관의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 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 제20조(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 동호회 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 승용자동차에 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

할증위험율

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 계약사정기준을 따르며, 개개인의 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 신분

증, 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 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

② 법 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 한 명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
   ⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
2. 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한 명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
   ⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
3. 전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우
   ⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

② 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제2조 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그때부터 효력이 없습니다.

④ 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

① 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 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 않으며, 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 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(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 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 장해의 판정
 1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
 5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것)여부 ② 객관적 이유 및 개호(간병)의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

【 장해분류별 판정기준 】

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
2) 『교정시력』이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) 『한 눈이 멀었을 때』라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(『광각무』) 겨우 가릴 수 있는 경우(『광각유』)를 말한다.
4) 『한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때』라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.
※주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.
6) 『안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해』라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
① 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
② 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
7) 『안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해』라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
8) 『뚜렷한 시야 장해』라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 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 운동장해를 남긴 때』라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 『뚜렷한 추상(추한 모습)』으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 『약간의 추상(추한 모습)』으로 지급률을 가산한다.
12) 『눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때』에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를

가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장해를 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.
2) 『한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때』라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
3) 『심한 장해를 남긴 때』라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) 『약간의 장해를 남긴 때』라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 『언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사』 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) 『귓바퀴의 대부분이 결손된 때』라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) 『평형기능에 장해를 남긴 때』라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회 이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회 이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회 이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회 미만)	0

기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
① 뇌영상검사(CT, MRI)
② 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준
1) 『코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때』라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
2) 『코의 후각기능을 완전히 잃었을 때』라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률 (%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) 『씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때』라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) 『씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
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 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태

4) 『씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
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) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.

6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.

7) 『말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
① 언어평가상 자음정확도가 30% 미만인 경우
② 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우

8) 『말하는 기능에 뚜렷한 기능에 장해를 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 장해를 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 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.

11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.

12) 『치아의 결손』이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.

13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.

14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.

15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.

16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 『외모』란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) 『추상(추한 모습)장해』라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
3) 『추상(추한 모습)을 남긴 때』라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 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
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 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10

4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.

2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 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 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.

③ 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 경과한 후에 평가한다.

5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

② 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

② 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 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 운동장해

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

① 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증

상) 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 장해』란 추간판탈출증으로 인하여 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) 『추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해』란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) 『추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해』란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) 『체간골』이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며, 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) 『골반뼈의 뚜렷한 기형』이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태

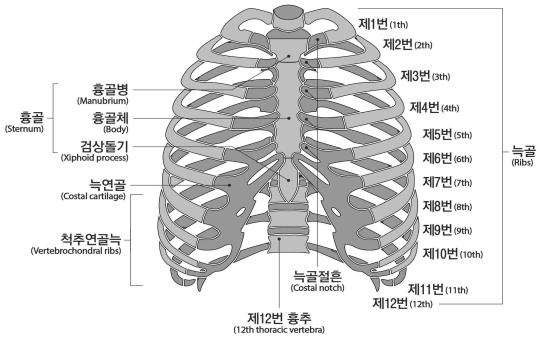
② 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

③ 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

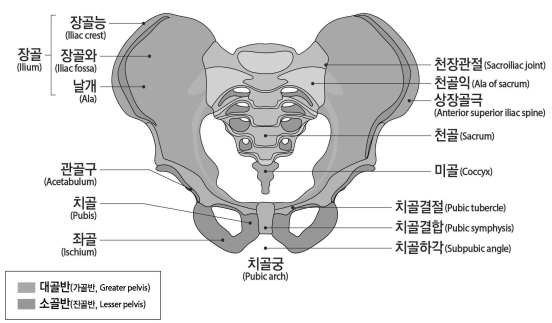
3) 『빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때』라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.

<가슴뼈>



<골반뼈>



8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 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[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 『불유합』 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) 『가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때』라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

13) 『뼈에 기형을 남긴 때』라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정
1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20

5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
3) 『다리』라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) 『다리의 3대 관절』이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
5) 『한 다리의 발목 이상을 잃었을 때』라 함은 발목관절로부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 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 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) 『관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   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 때를 말한다.
   ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   ② 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   ③ 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   ④ 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『1등급(trace)』인 경우
9) 『관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   ③ 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『2등급(poor)』인 경우
10) 『관절 하나의 기능에 약간의 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 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) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) 『가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 『불유합』 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

13) 『가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때』라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) 『뼈에 기형을 남긴 때』라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 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 장해를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.

3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.

5) 『손가락을 잃었을 때』라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

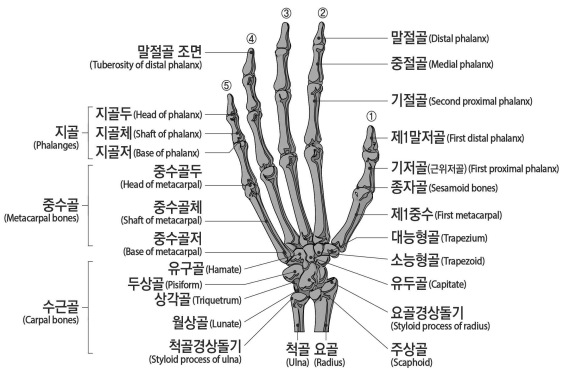
6) 『손가락뼈 일부를 잃었을 때』 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

7) 『손가락에 뚜렷한 장해를 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.

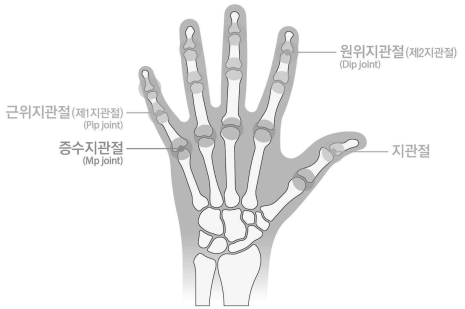
8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

<손가락>



<손가락>



11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 장해를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

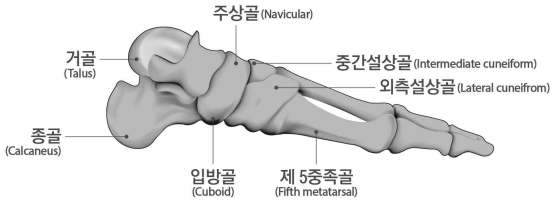
1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다.

단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 아니한다.
3) 『발가락을 잃었을 때』라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) 『발가락뼈 일부를 잃었을 때』라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
6) 『발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 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 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

<발가락>

<발가락>



12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

1) 『심장 기능을 잃었을 때』라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.

2) 『흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   ① 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3) 『흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   ① 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
   ③ 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
   ④ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

4) 『흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   ① 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
   ② 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
   ③ 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
   ④ 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
   ⑤ 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
   ⑥ 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) 『흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   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 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.

7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 『<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가

표』에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.

8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

① 『신경계에 장해를 남긴 때』라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 『<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표』의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

② 위 ①의 경우 『<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표』상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나 12개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 수상 후 12개월이 경과한 후에 판정할 수 있다.

② 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되었거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.

③ 『정신행동에 극심한 장해를 남긴 때』라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

④ 『정신행동에 심한 장해를 남긴 때』라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

⑤ 『정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 『능력장해측정기준』[주]상 6개 항목 중 3

개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장해측정기준의 항목: ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

⑥ 『정신행동에 약간의 장해를 남긴 때』라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 『능력장해측정기준』상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

⑦ 『정신행동에 경미한 장해를 남긴 때』라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 『능력장해측정기준』상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

⑧ 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

⑨ 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

⑩ 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

⑪ 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

⑫ 각종 기질성 정신장해와 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 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

③ 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

① 『뇌전증(간질)』이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 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, 인지장해 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 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

⑦『경증발작』이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행 시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)

유형	제한 정도에 따른 지급률
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 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	- 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	- 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 마무리는 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 제3조(의료기관)]

① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동

과 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.

[여객자동차운수사업법시행령 제3조(여객자동차운송사업의 종류)]

법 제3조제2항에 따라 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 노선 여객자동차운송사업과 구역 여객자동차운송사업은 다음 각 호와 같이 세분한다.

1. 노선 여객자동차운송사업
   가. 시내버스운송사업: 주로 특별시·광역시·특별자치시 또는 시(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제10조제2항에 따른 행정시를 포함한다. 이하 같다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 광역급행형·직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
   나. 농어촌버스운송사업: 주로 군(광역시의 군은 제외한다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
   다. 마을버스운송사업: 주로 시·군·구의 단일 행정구역에서 기점·종점의 특수성이나 사용되는 자동차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 여객자동차운송사업자가 운행하기 어려운 구간을 대상으로 국토교통부령으로 정하는 기준에 따라 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업
   라. 시외버스운송사업: 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업으로서 가목부터 다목까지의 사업에 속하지 아니하는 사업. 이 경우 국토교통부령이 정하는 바에 따라 고속형·직행형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
2. 구역 여객자동차운송사업
   가. 전세버스운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 정하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 다만, 다음 어느 하나에 해당하는 기관 또는 시설 등의 장과 1개의 운송계약(운임의 수령주체와 관계없이 개별 탑승자로부터 현금이나 회수권 또는 카드결제 등의 방식으로 운임을 받는 경우는 제외한다)에 따라 그 소속원[「산업입지 및 개발에 관한 법률」에 따른 산업단지, 준산업단지 및 공장입지 유도지구(이하 이 조에서 "산업단지등"이라 한다) 관리기관의 경우 해당 산업단지등의 입주기업체 소속원을 포함한다]만의 통근·통학목적으로 자동차를 운행하는 경우에는 운행계통을 정하지 아니한 것으로 본다.

1) 정부기관・지방자치단체와 그 출연기관・연구기관 등 공법인
2) 회사, 「초·중등교육법」 제2조에 따른 학교, 「고등교육법」 제2조에 따른 학교, 「유아교육법」 제2조제2호에 따른 유치원, 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집, 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조의2 제1항제1호에 따른 학교교과교습학원 또는 「체육시설의 설치·이용에 관한 법률」 제3조에 따른 체육시설(「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포에 부설된 체육시설은 제외한다)
3) 국토교통부장관 또는 특별시장・광역시장・특별자치시장・도지사・특별자치도지사(이하 "시・도지사"라 한다)가 정하여 고시하는 산업단지등의 관리기관

나. 특수여객자동차운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장례에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업

다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형・소형・중형・대형・모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접 운전(사업자의 질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형・소형・중형・대형・모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

[형법 제258조(중상해, 존속중상해)]

① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.

[형법 제258조의2(특수상해)]

① 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제257조 제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제258조의 죄를 범한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.
③ 제1항의 미수범은 처벌한다.

[형법 제261조(특수폭행)]

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조 제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

[형법 제264조(상습범)]

상습으로 제257조, 제258조, 제258조의2, 제260조 또는 제261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

[형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)]

업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

[형법 제284조(특수협박)]
단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 전조제1항, 제2항의 죄를 범한 때에는 7년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

[형법 제285조(상습범)]
상습으로 제283조제1항, 제2항 또는 전조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

[형법 제369조(특수손괴)]
① 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제366조의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
② 제1항의 방법으로 제367조의 죄를 범한 때에는 1년 이상의 유기징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

[자동차관리법 시행규칙 제2조(자동차의 종별 구분)]
법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.[전문개정 2011.12.15.]

[국민건강보험법 제42조(요양기관)]
① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.
1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.
1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우

④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.
⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]
① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고

각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당의료기관에 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. <개정 2010. 1. 18.>

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. <개정 2010. 1. 18.>

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 제2조(의료인)]

① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다.

② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.

1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
4. 조산사는 조산(助産)과 임산부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.
   가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
   나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
   다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
   라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

[약사법 제2조(정의)]

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2007.10.17., 2008.2.29., 2009.12.29., 2010.1.18., 2011.6.7., 2013.3.23., 2014.3.18., 2016.12.2. 2017. 10. 24.>

1. "약사(藥事)"란 의약품·의약외품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매[수여(授與)를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무

[약국제제(藥局製劑)를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.

4. "의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품을 말한다.
   가. 대한민국약전(大韓民國藥典)에 실린 물품 중 의약외품이 아닌 것
   나. 사람이나 동물의 질병을 진단·치료·경감·처치 또는 예방할 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것
   다. 사람이나 동물의 구조와 기능에 약리학적(藥理學的) 영향을 줄 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것
5. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
6. "한약제제(韓藥製劑)"란 한약을 한방원리에 따라 배합하여 제조한 의약품을 말한다.
7. "의약외품(醫藥外品)"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품(제4호나목 또는 다목에 따른 목적으로 사용되는 물품은 제외한다)으로서 식품의약품안전처장이 지정하는 것을 말한다.
   가. 사람이나 동물의 질병을 치료·경감(輕減)·처치 또는 예방할 목적으로 사용되는 섬유·고무제품 또는 이와 유사한 것
   나. 인체에 대한 작용이 약하거나 인체에 직접 작용하지 아니하며, 기구 또는 기계가 아닌 것과 이와 유사한 것
   다. 감염병 예방을 위하여 살균·살충 및 이와 유사한 용도로 사용되는 제제
8. "신약"이란 화학구조나 본질 조성이 전혀 새로운 신물질의약품 또는 신물질을 유효성분으로 함유한 복합제제 의약품으로서 식품의약품안전처장이 지정하는 의약품을 말한다.
9. "일반의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것으로서 보건복지부장관과 협의하여 식품의약품안전처장이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 의약품을 말한다.
   가. 오용·남용될 우려가 적고, 의사나 치과의사의 처방 없이 사용하더라도 안전성 및 유효성을 기대할 수 있는 의약품
   나. 질병 치료를 위하여 의사나 치과의사의 전문지식이 없어도 사용할 수 있는 의약품
   다. 의약품의 제형(劑型)과 약리작용상 인체에 미치는 부작용이 비교적 적은 의약품
10. "전문의약품"이란 일반의약품이 아닌 의약품을 말한다.
11. "조제"란 일정한 처방에 따라서 두 가지 이상의 의약품을 배합하거나 한 가지 의약품을 그대로 일정한 분량으로 나누어서 특정한 용법에 따라 특정인의 특정된 질병을 치료하거나 예방하는 등의 목적으로 사용하도록 약제를 만드는 것을 말한다.
12. "복약지도(服藥指導)"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
   가. 의약품의 명칭, 용법·용량, 효능·효과, 저장 방법, 부작용, 상호 작용이나 성상(性狀) 등의 정보를 제공하는 것
   나. 일반의약품을 판매할 때 진단적 판단을 하지 아니하고 구매자가 필요한 의약품을 선택할 수 있도록 도와주는 것
13. "안전용기·포장"이란 5세 미만 어린이가 열기 어렵게 설계·고안된 용기나 포장을 말한다.
14. "위탁제조판매업"이란 제조시설을 갖추지 아니하고 식품의약품안전처장으로부터 제조판매품목허가를 받은 의약품을 의약품제조업자에게 위탁하여 제조판매하는 영업을 말한다.
15. "임상시험"이란 의약품 등의 안전성과 유효성을 증명하기 위하여 사람을 대상으로 해당 약물의 약동(藥動)·약력(藥力)·약리·임상적 효과를 확인하고 이상반응을 조사하는 시험(생물학적 동등성시험을 포함한다)을 말한다.
16. "비임상시험"이란 사람의 건강에 영향을 미치는 시험물질의 성질이나 안전성에 관한 각종 자료를 얻기 위하여 실험실과 같은

조건에서 동물·식물·미생물과 물리적·화학적 매체 또는 이들의 구성 성분으로 이루어진 것을 사용하여 실시하는 시험을 말한다.

17. "생물학적 동등성시험"이란 임상시험 중 생물학적 동등성을 입증하기 위한 생체시험으로서 동일 주성분을 함유한 두 제제의 생체이용률이 통계학적으로 동등하다는 것을 보여주는 시험을 말한다.
18. "희귀의약품"이란 제4호에 따른 의약품 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 의약품으로서 식품의약품안전처장의 지정을 받은 의약품을 말한다.
    가.「희귀질환관리법」 제2조제1호에 따른 희귀질환을 진단하거나 치료하기 위한 목적으로 사용되는 의약품
    나. 적용 대상이 드문 의약품으로서 대체 가능한 의약품이 없거나 대체 가능한 의약품보다 현저히 안전성 또는 유효성이 개선된 의약품
19. "국가필수의약품"이란 질병 관리, 방사능 방재 등 보건의료상 필수적이나 시장 기능만으로는 안정적 공급이 어려운 의약품으로서 보건복지부장관과 식품의약품안전처장이 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 지정하는 의약품을 말한다.

[감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의)]

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

<개정 2010. 1. 18., 2013. 3. 22., 2014. 3. 18., 2015. 7. 6., 2016. 12. 2., 2018. 3. 27., 2019. 12. 3.>

1. "감염병"이란 제1급감염병, 제2급감염병, 제3급감염병, 제4급감염병, 기생충감염병, 세계보건기구 감시대상 감염병, 생물테러감염병, 성매개감염병, 인수(人獸)공통감염병 및 의료관련감염병을 말한다.
2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 보건복지부장관이 지정하는 감염병을 포함한다.
    가. 에볼라바이러스병
    나. 마버그열
    다. 라싸열
    라. 크리미안콩고출혈열
    마. 남아메리카출혈열
    바. 리프트밸리열
    사. 두창
    아. 페스트
    자. 탄저
    차. 보툴리눔독소증
    카. 야토병
    타. 신종감염병증후군
    파. 중증급성호흡기증후군(SARS)
    하. 중동호흡기증후군(MERS)
    거. 동물인플루엔자 인체감염증
    너. 신종인플루엔자
    더. 디프테리아
3. "제2급감염병"이란 전파가능성을 고려하여 발생 또는 유행 시 24시간 이내에 신고하여야 하고, 격리가 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 보건복지부장관이 지정하는 감염병을 포함한다.
    가. 결핵(結核)
    나. 수두(水痘)

다. 홍역(紅疫)
라. 콜레라
마. 장티푸스
바. 파라티푸스
사. 세균성이질
아. 장출혈성대장균감염증
자. A형간염
차. 백일해(百日咳)
카. 유행성이하선염(流行性耳下腺炎)
타. 풍진(風疹)
파. 폴리오
하. 수막구균 감염증
거. b형헤모필루스인플루엔자
너. 폐렴구균 감염증
더. 한센병
러. 성홍열
머. 반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증
버. 카바페넴내성장내세균속균종(CRE) 감염증

4. "제3급감염병"이란 그 발생을 계속 감시할 필요가 있어 발생 또는 유행 시 24시간 이내에 신고하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 보건복지부장관이 지정하는 감염병을 포함한다.
가. 파상풍(破傷風)
나. B형간염
다. 일본뇌염
라. C형간염
마. 말라리아
바. 레지오넬라증
사. 비브리오패혈증
아. 발진티푸스
자. 발진열(發疹熱)
차. 쯔쯔가무시증
카. 렙토스피라증
타. 브루셀라증
파. 공수병(恐水病)
하. 신증후군출혈열(腎症侯群出血熱)
거. 후천성면역결핍증(AIDS)
너. 크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펠트-야콥병(vCJD)
더. 황열
러. 뎅기열
머. 큐열(Q熱)
버. 웨스트나일열
서. 라임병
어. 진드기매개뇌염
저. 유비저(類鼻疽)
처. 치쿤구니야열
커. 중증열성혈소판감소증후군(SFTS)
터. 지카바이러스 감염증

5. "제4급감염병"이란 제1급감염병부터 제3급감염병까지의 감염병 외에 유행 여부를 조사하기 위하여 표본감시 활동이 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다.
가. 인플루엔자
나. 매독(梅毒)
다. 회충증
라. 편충증
마. 요충증

바. 간흡충증
사. 폐흡충증
아. 장흡충증
자. 수족구병
차. 임질
카. 클라미디아감염증
타. 연성하감
파. 성기단순포진
하. 첨규콘딜롬
거. 반코마이신내성장알균(VRE) 감염증
너. 메티실린내성황색포도알균(MRSA) 감염증
더. 다제내성녹농균(MRPA) 감염증
러. 다제내성아시네토박터바우마니균(MRAB) 감염증
머. 장관감염증
버. 급성호흡기감염증
서. 해외유입기생충감염증
어. 엔테로바이러스감염증
저. 사람유두종바이러스 감염증

6. "기생충감염병"이란 기생충에 감염되어 발생하는 감염병 중 보건복지부장관이 고시하는 감염병을 말한다.
7. 삭제 <2018. 3. 27.>
8. "세계보건기구 감시대상 감염병"이란 세계보건기구가 국제공중보건의 비상사태에 대비하기 위하여 감시대상으로 정한 질환으로서 보건복지부장관이 고시하는 감염병을 말한다.
9. "생물테러감염병"이란 고의 또는 테러 등을 목적으로 이용된 병원체에 의하여 발생된 감염병 중 보건복지부장관이 고시하는 감염병을 말한다.
10. "성매개감염병"이란 성 접촉을 통하여 전파되는 감염병 중 보건복지부장관이 고시하는 감염병을 말한다.
11. "인수공통감염병"이란 동물과 사람 간에 서로 전파되는 병원체에 의하여 발생되는 감염병 중 보건복지부장관이 고시하는 감염병을 말한다.
12. "의료관련감염병"이란 환자나 임산부 등이 의료행위를 적용받는 과정에서 발생한 감염병으로서 감시활동이 필요하여 보건복지부장관이 고시하는 감염병을 말한다.
13. "감염병환자"란 감염병의 병원체가 인체에 침입하여 증상을 나타내는 사람으로서 제11조제6항의 진단 기준에 따른 의사, 치과의사 또는 한의사의 진단이나 보건복지부령으로 정하는 기관(이하 "감염병병원체 확인기관"이라 한다)의 실험실 검사를 통하여 확인된 사람을 말한다.
14. "감염병의사환자"란 감염병병원체가 인체에 침입한 것으로 의심이 되나 감염병환자로 확인되기 전 단계에 있는 사람을 말한다.
15. "병원체보유자"란 임상적인 증상은 없으나 감염병병원체를 보유하고 있는 사람을 말한다.
16. "감시"란 감염병 발생과 관련된 자료 및 매개체에 대한 자료를 체계적이고 지속적으로 수집, 분석 및 해석하고 그 결과를 제때에 필요한 사람에게 배포하여 감염병 예방 및 관리에 사용하도록 하는 일체의 과정을 말한다.

16의2. "표본감시"란 감염병 중 감염병환자의 발생빈도가 높아 전수조사가 어렵고 중증도가 비교적 낮은 감염병의 발생에 대하여 감시기관을 지정하여 정기적이고 지속적인 의과학적 감시를 실시하는 것을 말한다.

17. "역학조사"란 감염병환자, 감염병의사환자 또는 병원체보유자(이하 "감염병환자등"이라 한다)가 발생한 경우 감염병의 차단과 확산 방지 등을 위하여 감염병환자등의 발생 규모를 파악하고 감염원을 추적하는 등의 활동과 감염병 예방접종 후 이상반응 사례가 발생한 경우나 감염병 여부가 불분명하나 그 발병원인을 조사할 필요가 있는 사례가 발생한 경우 그 원인을 규명하기 위

하여 하는 활동을 말한다.

18. "예방접종 후 이상반응"이란 예방접종 후 그 접종으로 인하여 발생할 수 있는 모든 증상 또는 질병으로서 해당 예방접종과 시간적 관련성이 있는 것을 말한다.
19. "고위험병원체"란 생물테러의 목적으로 이용되거나 사고 등에 의하여 외부에 유출될 경우 국민 건강에 심각한 위험을 초래할 수 있는 감염병병원체로서 보건복지부령으로 정하는 것을 말한다.
20. "관리대상 해외 신종감염병"이란 기존 감염병의 변이 및 변종 또는 기존에 알려지지 아니한 새로운 병원체에 의해 발생하여 국제적으로 보건문제를 야기하고 국내 유입에 대비하여야 하는 감염병으로서 보건복지부장관이 지정하는 것을 말한다.

[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.

[민사소송법 제254조(재판장 등의 소장심사권)]

① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다. <개정 2014.12.30.>

② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각하하여야 한다.

③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본 또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다.

[민사소송법 제266조(소의 취하)]

① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다.

② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다.

③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론준비기일에서 말로 할 수 있다.

④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다.

⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서등본을 송달하여야 한다.

⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에 동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.

[민사소송법 제269조(반소)]

① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된 법원에 반소를 제기할 수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어의 방법과 서로 관련이 있어야 한다.

② 본소가 단독사건인 경우에 피고가 반소로 합의사건에 속하는 청구를 한 때에는 법원은 직권 또는 당사자의 신청에 따른 결정으로 본소와 반소를 합의부에 이송하여야 한다. 다만, 반소에 관하여 제30조의 규정에 따른 관할권이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

[민사소송법 제393조(항소의 취하)]

① 항소는 항소심의 종국판결이 있기 전에 취하할 수 있다.
② 항소의 취하에는 제266조제3항 내지 제5항 및 제267조제1항의 규정을 준용한다.

[민사소송법 제399조(원심재판장등의 항소장심사권)]

① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다. <개정 2014.12.30.>
② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명한 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

[민사소송법 제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)]

① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우, 또는 항소장의 부본을 송달할 수 없는 경우에는 항소심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 항소심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
<개정 2014.12.30.>
② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

[민사소송법 제412조(반소의 제기)]

① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경우에 제기할 수 있다.
② 상대방이 이의를 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

[민사소송법 제425조(항소심절차의 준용)]

상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.

[공직선거법 제222조(선거소송)]

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 선거의 효력에 관하여 이의가 있는 선거인·정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 선거일부터 30일 이내에 당해 선거구선거관리위원회위원장을 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.
② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 선거의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인(當選人을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 해당 선거구선거관리위원회 위원장을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선

거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.<개정 2002.3.7., 2010.1.25.>

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을 피고로 한다.<개정 2010.1.25.>

[공직선거법 제223조(당선소송)]

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 당선의 효력에 이의가 있는 정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 당선인결정일부터 30일이내에 제52조제1항·제3항 또는 제192조제1항부터 제3항까지의 사유에 해당함을 이유로 하는 때에는 당선인을, 제187조(大統領當選人의 決定·公告·통지)제1항·제2항, 제188조(地域區國會議員當選人의 決定·公告·통지)제1항 내지 제4항, 제189조(比例代表國會議員議席의 배분과 當選人의 決定·公告·통지) 또는 제194조(당선인의 재결정과 비례대표국회의원의석 및 비례대표지방의회의원의석의 재배분)제4항의 규정에 의한 결정의 위법을 이유로 하는 때에는 대통령선거에 있어서는 그 당선인을 결정한 중앙선거관리위원회위원장 또는 국회의장을, 국회의원선거에 있어서는 당해 선거구선거관리위원회위원장을 각각 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.<개정 2000.2.16., 2002.3.7., 2005.8.4., 2010.1.25., 2010.3.12.>

② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 당선의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인 또는 당선인인 피소청인(제219조제2항 후단에 따라 선거구선거관리위원회 위원장이 피소청인인 경우에는 당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 당선인(제219조제2항 후단을 이유로 하는 때에는 관할선거구선거관리위원회 위원장을 말한다)을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다. <개정 2002.3.7., 2010.1.25.>

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을, 국회의장이 궐위된 때에는 부의장중 1인을 피고로 한다.<개정 2010.1.25.>

④ 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 피고로 될 당선인이 사퇴·사망하거나 제192조제2항의 규정에 의하여 당선의 효력이 상실되거나 같은조제3항의 규정에 의하여 당선이 무효로 된 때에는 대통령선거에 있어서는 법무부장관을, 국회의원선거·지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서는 관할고등검찰청검사장을 피고로 한다.

[전기통신금융사기 피해방지 및 피해금환급에 관한 특별법 제5조(채권소멸절차의 개시 공고)]

① 금융회사는 제4조에 따라 지급정지 조치를 행한 경우 지체 없이 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융감독원에 명의인의 채권이 소멸되는 절차(이하 "채권소멸절차"라 한다)를 개시하기 위한 공고를 요청하여야 한다. 다만, 명의인의 채권 전부 또는 일부가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016.1.27., 2018.3.13>

1. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 손해배상·부당이득반환 등의 청구소송이 제기되어 법원에 계속(係屬) 중인 경우
2. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 「민사집행법」에 따른 압류·가압류 또는 가처분의 명령이 집행된 경우
3. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 「국세징수법」에 따른 체납절차가 개시된 경우
4. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 질권이 설정된 경우
5. 지급정지된 후에 제4조의2제2항에 따라 명의인과 피해자 간 채무부존재확인·부당이득반환청구 소송 등이 제기되어 법원에 계속 중

인 경우

② 금융감독원은 제1항에 따라 채권소멸절차 개시의 공고 요청을 받은 경우 지체 없이 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 공고하여야 한다. <개정 2014.1.28.>

1. 전기통신금융사기와 관련하여 채권소멸절차가 개시되었다는 취지
2. 사기이용계좌와 관련된 금융회사, 점포 및 예금 등의 종별 및 계좌번호
3. 명의인의 성명 또는 명칭
4. 공고 전 피해구제 신청에 따라 채권소멸대상에 해당하는 채권의 금액
5. 제6조에 따른 채권소멸절차 개시 이후의 피해구제 신청의 방법 및 절차
6. 제7조에 따른 명의인의 이의제기 방법 및 절차
7. 제13조의2제1항에 따른 전자금융거래제한대상자로 지정되었다는 취지와 이의제기 방법 및 절차
8. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

③ 금융감독원은 제2항에 따라 채권소멸절차의 개시에 관한 공고를 한 경우 지체 없이 명의인에게 채권소멸절차의 개시에 관한 사실을 통지하여야 한다. 다만, 명의인의 소재를 알 수 없는 경우에는 제2항에 따른 공고로 명의인에 대한 통지가 이루어진 것으로 본다.

[전기통신금융사기 피해방지 및 피해금환급에 관한 특별법 제10조(피해환급금의 결정·지급)]

① 금융감독원은 제9조제1항에 따라 채권이 소멸된 날부터 14일 이내에 피해환급금을 지급받을 자 및 그 금액을 결정하여 그 내역을 제3조제1항 및 제6조제1항에 따라 피해구제를 신청한 피해자 및 금융회사에 통지하여야 하고, 통지를 받은 금융회사는 지체 없이 피해환급금을 피해자에게 지급하여야 한다.

② 제1항의 피해환급금은 총피해금액이 소멸채권 금액을 초과하는 경우 소멸채권 금액에 각 피해자의 피해금액의 총피해금액에 대한 비율을 곱한 금액으로 하며, 그 외의 경우에는 해당 피해금액으로 한다.

③ 금융감독원은 제2항에 따른 피해환급금의 결정을 위하여 금융회사에 필요한 자료의 제출을 요구할 수 있다.

④ 그 밖에 피해환급금의 결정 및 지급 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[소비자기본법 제70조(단체소송의 대상 등)]

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다. <개정 2016.3.29.>

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록한 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것
   나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것
   다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것
2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원
3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국 단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체
4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것
   나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동실적이 있을 것

다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

[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] <개정 2018. 11. 23.>

자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트)이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 미만이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 이상 2,000시시 미만이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000시시 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승합자동차	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높

차			비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화물자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트)이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시 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 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜자동차	배기량이 50시시 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 100시시 이하(최고정격출력 11킬로와	배기량이 100시시 초과 260시시 이하(최고정격	배기량이 260시시(최고정격출력 15킬로와트)를

		트 이하)이고, 최대적재량(기타형의 경우만 해당한다)이 60킬로그램 이하인 것	출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)이고, 최대적재량이 60킬로그램 초과 100킬로그램 이하인 것	초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·헌혈·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화물자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인할 수 있는 구조인 것
	특수작업형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수작업용인 것
이륜자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
   가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차
      1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
      2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 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 복수기준 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.

[교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례)]

제3조(처벌의 특례)

① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 「형법」 제268조의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 「도로교통법」 제151조의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 「도로교통법」 제44조제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016.1.27., 2016.12.2.>

1. 「도로교통법」 제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 「도로교통법」 제13조제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 「도로교통법」 제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 「도로교통법」 제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 「도로교통법」 제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 「도로교통법」 제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 「도로교통법」 제43조, 「건설기계관리법」 제26조 또는 「도로교통법」 제96조를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종

사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.

8.「도로교통법」 제44조제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우

9.「도로교통법」 제13조제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단 방법을 위반하여 운전한 경우

10.「도로교통법」 제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우

11.「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우

12.「도로교통법」 제39조 제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

[전문개정 2011.4.12.]

[산업재해보상보험법 시행규칙]

[시행 2019. 10. 15] [고용노동부령 제263호, 2019. 10. 15, 타법개정]

제47조(운동기능장해의 측정)

① 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다.

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다. <개정 2019. 10. 15.>

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다. <신설 2016. 3. 28., 2019. 10. 15.>

1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[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(융비술), 유방확대·축소술,

지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료

나. 사시교정, 안와격리증의 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 반흔제거술

바. 안경, 콘텍트렌즈 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 가입자등에게 실시하는 건강검진 제외)

나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)

다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.

마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료

바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 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 건강보험급여원리에 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) 전문병원: 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」 제3조제2항제3호마목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 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 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용비용

(2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 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 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. 삭제 <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 요양급여대상 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 요양급여대상으로 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 요양급여를 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 요양급여로 인정하기 어려운 경우

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법

나. 한약첩약 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.

[암관리법]

[시행 2018. 12. 11] [법률 제 15890호, 2018. 12. 11. 일부개정]

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “말기암환자”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 암환자를 말한다.
2. “말기암환자 완화의료”란 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 말기암환자와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 하는 의료를 말한다.

[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률]

[시행 2019. 3. 28] [법률 제 15912호, 2018. 12. 11. 일부개정]

제25조(호스피스전문기관의 지정 등)

① 보건복지부장관은 호스피스대상환자를 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다. <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.] 제25조 1항(의료기관 중 요양병원에 관한 사항에 한정한다)

[도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)]
운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

[도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)]
① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다. <개정 2018. 3. 27.>
② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다. <개정 2014. 12. 30., 2018. 3. 27.>
③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다. <개정 2018. 12. 24.>
[전문개정 2011. 6. 8.] [시행일:2019. 3. 28.]

[도로교통법 제151조(벌칙)]
차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그밖의 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다.

[「의료법 시행규칙 별표4」 의료기관의 시설규격]
2. 중환자실
가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 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(신생아중환

자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도 기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

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

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

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

[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.

[의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)]

① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.

② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.

③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.

1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원

④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항 제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.

⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.

⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.

⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

[정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률 제70조(벌칙)]

① 사람을 비방할 목적으로 정보통신망을 통하여 공공연하게 사실을 드러내어 다른 사람의 명예를 훼손한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 사람을 비방할 목적으로 정보통신망을 통하여 공공연하게 거짓의 사실을드러내어 다른사람의 명예를 훼손한 자는 7년 이하의 징역, 10

년 이하의 자격정지 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 제1항과 제2항의 죄는 피해자가 구체적으로 밝힌 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

[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.

[노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등)]

① 공단은 제14조에 따른 조사가 완료된 때 조사결과서, 신청서, 의사소견서, 그 밖에 심의에 필요한 자료를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.

② 등급판정위원회는 신청인이 제12조의 신청자격요건을 충족하고 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령으로 정하는 등급판정기준에 따라 수급자로 판정한다.

③ 등급판정위원회는 제2항에 따라 심의·판정을 하는 때 신청인과 그 가족, 의사소견서를 발급한 의사 등 관계인의 의견을 들을 수 있다.

④ 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것으로 의심되는 경우에는 제14조제1항 각 호의 사항을 조사하여 그 결과를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양인정을 받은 경우
2. 고의로 사고를 발생하도록 하거나 본인의 위법행위에 기인하여 장기요양인정을 받은 경우

⑤ 등급판정위원회는 제4항에 따라 제출된 조사 결과를 토대로 제2항에 따라 다시 등급판정을 할 수 있다.

[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·소득이나 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항의 보고 또는 자료의 제출을 명하거나 소속 공무원으로 하여금 관계인에게 질문을 하게 하거나 관계 서류를 검사하게 할 수 있다.

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.

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 한

다.

④ 제1항 및 제2항에 따른 질문 또는 검사의 절차·방법 등에 관하여는 이 법에서 정하는 사항을 제외하고는 「행정조사기본법」에서 정하는 바에 따른다.

[검찰사건사무규칙 제69조(불기소처분) 제3항 제1호]

③ 불기소결정의 주문은 다음과 같이 한다.

1. 기소유예 : 피의사실이 인정되나 「형법」 제51조 각호의 사항을 참작하여 소추를 필요로 하지 않는 경우.

「형법」
제51조(양형의 조건) 형을 정함에 있어서는 다음 사항을 참작하여야 한다.

1. 범인의 연령, 성행, 지능과 환경
2. 피해자에 대한 관계
3. 범행의 동기, 수단과 결과
4. 범행 후의 정황

[특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13]

자동차(원동기장치자전거를 포함한다)의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

【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%)
만기환급금 및 해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율(보장)의 50%
		1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율(보장)을 적용한 이자를 지급합니다.

2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.

3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

“책임 있는 사유” 예시

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 정당한 사유 없이 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사요청에 동의하지 않는 경우

4. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 이 보험의 공시이율(보장)은 회사의 인터넷홈페이지 (www.heungkukfire.co.kr)의 “공시실”내 “상품공시/적용이율”에 공시합니다.
7. 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

특별약관 색인

0

11대특정암진단비 특별약관 ····· 175
14대특정질병입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 242
16대특정질병입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 245
34대특정질병수술비 특별약관 ····· 250
3대질병진단비III 특별약관 ····· 371
5대골절수술비 특별약관 ····· 99
5대골절진단비 특별약관 ····· 88
5대기관질병수술비II 특별약관 ····· 307
5대장기이식수술비 특별약관 ····· 404
6대특정질병(여성전용)입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 269
70대특정질병수술비 특별약관 ····· 330
7대질병입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 238
7대희귀난치성질환진단비 특별약관 ····· 389
8대기관양성신생물(폴립포함)수술비(연간1회한) 특별약관 ····· 397

ㄱ

가족일상생활중배상책임III(갱신형_1년) 특별약관 ····· 480
각막이식수술비 특별약관 ····· 405
간경변증(CP B이상)진단비 특별약관 ····· 365
간질환수술비 특별약관 ····· 284
갑상선기능항진증치료비 특별약관 ····· 401
갑상선암(초기제외)진단비 특별약관 ····· 328
강력범죄처리비용(갱신형_20년) 특별약관 ····· 112
갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관 ····· 483
경도치매진단비(CDR1점이상) 특별약관 ····· 414
고액치료비암진단비 특별약관 ····· 172

골절수술비 특별약관 ····· 95
골절수술비(1~5급)(연간1회한) 특별약관 ····· 100
골절진단비(치아파절 제외) 특별약관 ····· 85
골절진단비(치아파절 제외)(1~5급)(연간1회한) 특별약관 ····· 91
골절진단비(치아파절 포함, 연간1회한) 특별약관 ····· 90
골프용품손해(골프장내)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 474
골프중상해사망 특별약관 ····· 76
관절(무릎,고관절)손상수술비 특별약관 ····· 134
관절증(엉덩,무릎)수술비(이차성 및 상세불명제외) 특별약관 ····· 412
교통사고합의비용IV(일반) 특별약관 ····· 433
교통사고합의비용IV(중상해) 특별약관 ····· 437
교통상해골절수술비 특별약관 ····· 96
교통상해골절진단비(치아파절 제외) 특별약관 ····· 87
교통상해사망 특별약관 ····· 67
교통상해입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 83
교통상해후유장해(3~100%) 특별약관 ····· 71
교통상해후유장해(80%이상) 특별약관 ····· 69
급성심근경색증사망 특별약관 ····· 212
급성심근경색증진단비 특별약관 ····· 214
깁스치료비 특별약관 ····· 411

ㄴ

남성특정비뇨기계질환수술비 특별약관 ····· 265
남성특정비뇨기계질환입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 261
노인성질환수술비 특별약관 ····· 260
노인성질환입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 257
뇌졸중 및 급성심근경색증수술비II 특별약관 ····· 315
뇌졸중 및 급성심근경색증입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 236
뇌졸중 및 급성심근경색증입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 233
뇌졸중사망 특별약관 ····· 220
뇌졸중수술비 특별약관 ····· 313
뇌졸중입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 230
뇌졸중입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 228
뇌졸중진단비 특별약관 ····· 222
뇌출혈진단비 특별약관 ····· 218
뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비 특별약관 ····· 321
뇌혈관질환사망 특별약관 ····· 224
뇌혈관질환수술비 특별약관 ····· 317
뇌혈관질환진단비 특별약관 ····· 226
뇌·내장상해 수술비 특별약관 ····· 143

ㄷ

대상포진눈병진단비 특별약관 ····· 347
대상포진진단비 특별약관 ····· 345
대중교통이용중교통상해사망 특별약관 ····· 75
두 번째 급성심근경색증진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 326
두 번째 뇌출혈진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 324

ㄹ

류마티스관절염(항류마티스약제)진단비 특별약관 ····· 293

ㅁ

만성신장질환(CKD 3기이상)진단비 특별약관 ····· 370
만성폐쇄성폐질환진단비 특별약관 ····· 368
말기 만성폐질환진단비 특별약관 ····· 300
말기간경화진단비 특별약관 ····· 286
말기신부전증진단비 특별약관 ····· 286
말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한) 특별약관 ····· 353
면허정지처리비용 특별약관 ····· 444
면허취소처리비용 특별약관 ····· 445

무릎인대파열 및 연골손상수술비 특별약관 ····· 129

ㅂ

배상책임관련 공통약관 ····· 475
벌금(대물) 특별약관 ····· 440
벌금II 특별약관 ····· 439
법률비용손해(민사소송)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 449
법률비용손해(행정소송)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 453
병적골절동반 골다공증진단비 특별약관 ····· 385
보이스피싱손해(갱신형_20년) 특별약관 ····· 459
보험금대리청구인 지정서비스 특별약관 ····· 494
보험료 자동납입 특별약관 ····· 491
보험료납입지원III(일반상해·질병후유장해(80%이상)) 특별약관 ····· 423
부인과질병입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 266

ㅅ

사이버명예훼손피해보장 특별약관 ····· 464
상급종합병원 일반상해입원비(1일-120일) 특별약관 ····· 139
상급종합병원 질병입원비(1일-120일) 특별약관 ····· 387
상해1~5종수술비II 특별약관 ····· 122
상해수술비 특별약관 ····· 106
상해중환자실입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 82
상해흉터복원수술비 특별약관 ····· 108
선지급서비스 특별약관 ····· 490
승용차 운전중보복운전피해보장 특별약관 ····· 448
식중독입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 287
신깁스치료비 특별약관 ····· 425
신주말일반상해사망 특별약관 ····· 74

ㅇ

아킬레스힘줄손상수술비 특별약관 ····· 127
알바트로스비용(최초1회한)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 462
암사망 특별약관 ····· 205
암수술비III 특별약관 ····· 191
암수술비IV 특별약관 ····· 194
암직접치료입원비(요양병원제외)(1일-180일) 특별약관 ····· 181
암직접치료입원비(요양병원제외)(4일-120일) 특별약관 ····· 177
암진단비(소액암 및 유사암제외) 특별약관 ····· 170
암진단비(유사암제외) 특별약관 ····· 164
양성뇌종양진단비 특별약관 ····· 291
여성만성질병입원비(4일-120일) 특별약관 ····· 272
영구적장해동반뇌졸중II진단비 특별약관 ····· 364
외상성척추손상수술비 특별약관 ····· 132
요로결석진단비 특별약관 ····· 390
요실금수술비(급여_연간1회한)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 310
요양병원 암입원비(1일-60일) 특별약관 ····· 185
요양병원 암입원비(1일-90일) 특별약관 ····· 188
유방수술비(유방암,유방의제자리암) 특별약관 ····· 196
유사암진단비 특별약관 ····· 168
응급실내원비(비응급) 특별약관 ····· 409
응급실내원비(응급) 특별약관 ····· 408
의료사고법률비용(갱신형_20년) 특별약관 ····· 457
이륜자동차 운전중상해 부담보 특별약관 ····· 492
이차암진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 355
인공관절수술비 특별약관 ····· 406
인터넷직거래사기피해보장 특별약관 ····· 466
일반상해사망 특별약관 ····· 63
일반상해수술동반입원비(1일-20일) 특별약관 ····· 79
일반상해입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 78

일반상해후유장해(20~100%) 특별약관 ····· 65
일반상해후유장해(3~100%) 특별약관 ····· 64
일반상해후유장해(50%이상) 특별약관 ····· 66

ㅈ
자궁적출수술비(여성생식기암,여성생식기의제자리암) 특별약관 ····· 199
자동차사고변호사선임비용III 특별약관 ····· 442
자동차사고부상치료비 특별약관 ····· 113
자동차사고성형치료비 특별약관 ····· 446
자동차사고입원비(1~14급)(1일-180일) 특별약관 ····· 141
자전거탑승중상해사망 특별약관 ····· 77
장기요양간병비(1~2등급) 특별약관 ····· 429
장기요양간병비(1~4등급) 특별약관 ····· 431
장기요양간병비(1등급) 특별약관 ····· 427
장애인전용보험 전환 특별약관 ····· 495
재물손해관련 공통약관 ····· 468
재진단3대질병진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 376
재진단암III진단비(갱신형_20년) 특별약관 ····· 207
조혈모세포이식수술비 특별약관 ····· 282
종합병원 일반상해입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 137
종합병원 질병입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 361
중기이상 만성간질환진단비 특별약관 ····· 294
중기이상 만성신부전증진단비 특별약관 ····· 296
중기이상 만성폐질환진단비 특별약관 ····· 298
중대한재생불량성빈혈진단비 특별약관 ····· 292
중대한특정상해수술비 특별약관 ····· 110
중대한화상및부식치료비 특별약관 ····· 110
중등도치매진단비(CDR2점이상) 특별약관 ····· 418
중증치매진단비(CDR3점이상) 특별약관 ····· 416
질병1~5종수술비II 특별약관 ····· 301
질병사망(감액없음) 특별약관 ····· 146
질병수술동반입원비(1일-20일) 특별약관 ····· 155
질병수술비 특별약관 ····· 158
질병수술비(특정3대질병제외) 특별약관 ····· 161
질병입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 151
질병중환자실입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 153
질병후유장해(20~100%)(감액없음) 특별약관 ····· 150
질병후유장해(3~100%)(감액없음) 특별약관 ····· 148
질병후유장해(80%이상)(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 147

ㅊ
초기이상만성폐질환진단비 특별약관 ····· 367
추간판장애수술비 특별약관 ····· 360
충수염수술비 특별약관 ····· 280
치매입원비(1일-180일) 특별약관 ····· 421
치핵수술비 특별약관 ····· 256

ㅌ
통풍진단비 특별약관 ····· 348
특별조건부(할증보험료법 / 보험금감액법) 특별약관 ····· 493
특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 ····· 486
특정전염병치료비 특별약관 ····· 289

ㅍ
피부질환수술비(연간1회한) 특별약관 ····· 343

ㅎ
항암방사선약물치료비 특별약관 ····· 203
항암방사선약물치료비(연간1회한) 특별약관 ····· 392
허혈성심질환사망 특별약관 ····· 215

허혈성심질환수술비 특별약관 ····· 320
허혈성심질환진단비 특별약관 ····· 217
혈전용해치료비(1회한) 특별약관 ····· 350
홀인원비용(최초1회한)(갱신형_20년) 특별약관 ····· 461
화상수술비 특별약관 ····· 105
화상진단비 특별약관 ····· 104
희귀난치성질환수술비 특별약관 ····· 279
희귀난치성질환입원비(4일~120일) 특별약관 ····· 274

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO