

(무) The좋은 알뜰한보장보험²⁴⁰⁷

meritz 메리츠화재

보험약관

판매버전 1.0

판매개시 2024. 7. 8

※ 본 약관은 관계 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

보장은 그대로
보험료만 낮췄습니다!



개인신용정보 제공·이용에 대한 고객 권리 안내문

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

1. 금융서비스의 이용

고객의 개인신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험관련 금융서비스는 제후회사 등에 대한 정보의 제공·활용 동의여부와 관계없이 이용할 수 있습니다. 다만, 제3자에 대한 정보의 제공·활용에 동의하지 않으시는 경우에는 제후·부가서비스, 신상품서비스 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 고객 개인신용정보의 제공·활용 중단 신청

가. 신용정보 이용 및 제공사실의 조회 요구

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

- 신청방법

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

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

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

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

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

- 신청방법

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

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

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

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

- 신청방법

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

마. 본인정보의 무료 열람 요구

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

- 연락처

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

바. 본인정보의 삭제 요구

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

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

- 신청방법

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

3. 본인정보 유출시 피해 보상

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

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

- 연락처

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

메리츠금융그룹 고객정보 취급방침

메리츠금융그룹을 아끼고 사랑해 주시는 고객여러분께 깊은 감사를 드립니다.

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

■ 금융지주회사법 제48조의2(고객정보의 제공 및 관리)

- ① 금융지주회사등은 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조제1항 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조·제33조에도 불구하고 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료(이하 “금융거래정보”라 한다) 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조제1항에 따른 개인신용정보(이하 “개인신용정보”라 한다)를 다음 각 호의 사항에 관하여 금융위원회가 정하는 방법과 절차(이하 “고객정보제공절차”라 한다)에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.
 1. 제공할 수 있는 정보의 범위
 2. 고객정보의 암호화 등 처리방법
 3. 고객정보의 분리 보관
 4. 고객정보의 이용기간 및 이용목적
 5. 이용기간 경과 시 고객정보의 삭제
 6. 그 밖에 고객정보의 엄격한 관리를 위하여 대통령령으로 정하는 사항
- ② 금융지주회사의 자회사등인 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자는 해당 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 증권을 매매하거나 매매하고자 하는 위탁자가 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보(이하 “증권총액정보등”이라 한다)를 고객정보제공절차에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.
 1. 예탁한 금전의 총액
 2. 예탁한 증권의 총액
 3. 예탁한 증권의 종류별 총액
 4. 채무증권의 종류별 총액
 5. 수익증권으로서 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의 종류별 총액
 6. 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권 보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

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

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

I. 제공되는 고객정보의 종류

1. 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료
2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조제1항에 따른 개인신용정보
 - 가. 특정 신용정보주체를 식별할 수 있는 정보 : 생존하는 개인의 성명, 주소, 주민등록번호, 외국인등록번호, 국내거소신고번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호, 성별, 국적 및 직업 등
 - 나. 신용정보주체의 거래내용을 판단할 수 있는 정보 : 대출, 보증, 담보제공, 당좌거래(가계당좌거래를 포함한다), 신용카드, 할부금융, 시설대여와 금융거래 등 상거래와 관련하여 그 거래의 종류, 기간, 금액 및 한도 등에 관한 사항
 - 다. 신용정보주체의 신용도를 판단할 수 있는 정보 : 금융거래 등 상거래와 관련하여 발생한 연체, 부도, 대위변제, 대지급과 거짓, 속임수, 그 밖의 부정한 방법에 의한 신용질서 문란행위와 관련된 금액 및 발생·해소의 시기 등에 관한 사항
 - 라. 신용정보주체의 신용거래능력을 판단할 수 있는 정보 : 개인의 직업·재산·채무·소득의 총액 및 납세실적
 - 마. 그 밖에 정보 : 법원 또는 공공기관의 재판·결정 정보, 조세 또는 공공요금 등의 체납정보, 주민등록 관련 정보 및 그 밖에 공공기관이 보유하는 정보 등
3. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 매매하고자 하는 위탁자가 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 목에 해당하는 정보
 - 가. 예탁한 금전의 총액
 - 나. 예탁한 증권의 총액
 - 다. 예탁한 증권의 종류별 총액
 - 라. 채무증권의 종류별 총액
 - 마. 수익증권으로서 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의 종류별 총액
 - 바. 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

II. 고객정보의 제공처

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

III. 고객정보의 보호에 관한 내부방침

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

- ① 고객정보의 제공 및 이용은 신용위험관리 등 내부 경영관리 목적으로만 이용되도록 하였습니다.
- ② 그룹사의 임원 1인 이상을 고객정보관리인으로 선임하여 고객정보의 제공 및 이용에 관련된 일체의 책임을 지도록 하였습니다.
- ③ 그룹사별로 소관부서 및 담당자를 지정하여 체계적이고 집중적인 관리를 도모하였습니다.
- ④ 고객정보의 요청 및 제공시 서면 또는 전자결재시스템을 통하여 고객정보관리인의 결재를 받은 후 요청 및 제공하도록 하는 등 업무 프로세스의 정형화를 통해 엄격한 관리 및 통제가 이루어지도록 하였습니다.(단, 금융지주회사감독규정에서 정한 고객정보관리인의 승인 의무를 적용받지 않는 사항은 제외)
- ⑤ 그룹사간 고객정보의 요청 및 제공, 이용 등과 관련한 업무에 대하여 금융지주회사 고객정보관리인에게 총괄관리 역할을 부여함으로써 고객정보의 보호에 만전을 기하였습니다.
- ⑥ 고객정보의 제공 및 이용 관련 취급방침의 재·개정시 2개 이상의 일간지에 공고하고, 각 영업점(본점 해당부서 포함) 그리고 각 그룹사 홈페이지 등에 게시하는 등 고객공익 의무에 최선을 다할 것입니다.

- ⑦ 위법·부당한 방법으로 인해 피해를 입게 된 고객 분을 위해 적절한 보상 및 처리가 이루어지도록 민원사항에 대한 안내 및 상담, 처리 그리고 결과 및 통지 등 민원처리 관련 일체의 업무를 수행할 소관부서를 그룹사마다 두었습니다. 그리고 소관부서 외 금융감독원 분쟁조정제도를 통하여 구제받으실 수 있도록 하였습니다.
- ⑧ 고객정보 제공 및 관리에 대한 권한이 부여된 자만 고객정보에 접근하고, 고객정보의 송·수신, 보관 등에 있어 암호화하여 관리하며, 천재지변 및 외부로부터의 공격·침입 등 불가항력에 대비한 보안시스템을 구축하였고, 고객정보와 관련된 임직원에 대하여는 정기적으로 보안 교육을 실시하는 등 철저한 보안 대책을 마련하고 있습니다.

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

메리츠금융그룹

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

보험금 지급절차 안내장

■ 보험금 청구 관련 안내

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

■ 보험금 지급절차 안내

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

[보험금 지급절차]



■ 손해사정사 선임 및 조사

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

■ 의료심사

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

■ 보험사간 치료비 분담 지급 (비례보상 적용) 등

- 상해 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 **비례보상원칙**을 적용하여 **보험금을 지급**할 수 있습니다.
- 비례보상과 관련하여 귀하가 원하실 경우 보험금 청구를 위해 다른 보험회사에 제출하는 **청구 관련 구비서류 제출**을 대행해드립니다. 이 경우 타회사에 자료제공을 위한 **개인정보 활용**에 동의하셔야 합니다.

■ 보험금 지급 안내 및 심사 절차 조회 방법

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

■ 장해진단서 제출시 유의 사항

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

■ 보험금 청구 소멸시효

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

■ 재심사 청구

- 메리츠화재보험회사의 **보험금 불지급 결정** 및 **보험금 결정액에 동의** 하신지 않는 경우 메리츠화재보험회사 소비자

보호센터로 통보하시면 **재심사를 받으실 수 있습니다.**

- ✓ 인터넷 접수: 홈페이지(www.meritzfire.com)에 접속하여 신청
- ✓ 우편 접수: 서울시 영등포구 국제금융로 2길 11
메리츠화재 소비자보호센터
- ✓ 전화 상담: 1566-7711(ARS 5번 → 재심사청구문의)

안내말씀

귀하께서는 저희 메리츠화재해상보험주와 보험계약을 체결하셨습니다.

현대 사회를 살아가면서 발생할 수도 있는 각종 위험에 대비하고, 미래의 풍요로운 삶을 준비하는데 반드시 필요한 경제 제도인 손해보험에 가입하신 것을 저희 회사 임직원 모두가 깊이 감사드립니다.

유의사항

특별약관은 보험 증권에 명기된 것에 한하여 보장됩니다.

보험품질보증제 시행

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

보험관련 민원상담 및 분쟁조정 안내

보험계약, 보상 관련 및 보험금 지급 등에 관하여 불만사항이 있으실 경우, 저희 회사에 이의를 제기하여 주시면, 신속하고 정확하게 처리하도록 하겠습니다. 감사합니다.

*전화 : 메리츠화재 민원상담 02-6464-3535(3522)

*홈페이지 : www.meritzfire.com > 소비자보호광장



보험 주요 민원 사례



알릴 의무

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

유의 사항

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

자필서명 미이행

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

유의 사항

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

주요설명 미이행

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

유의 사항

갱신허특약의 보험료는 갱신도래시 연령증가, 손해율, 의료수가 상승 등에 따라 일반적으로 증가 할 수 있습니다. 가입 전 고객님의 안내드리는 가입설계서 상의 갱신허특약 예상보험료는 가입시점 기준으로 고객님의 이해를 돕기위한자료임으로 가입전 참고해 주시기 바랍니다.



계약 유지

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

유의 사항

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



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

유의 사항

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

민원사례를 꼼꼼히 읽고
유의사항을 명심하세요~!



약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용 Guide Book

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



1

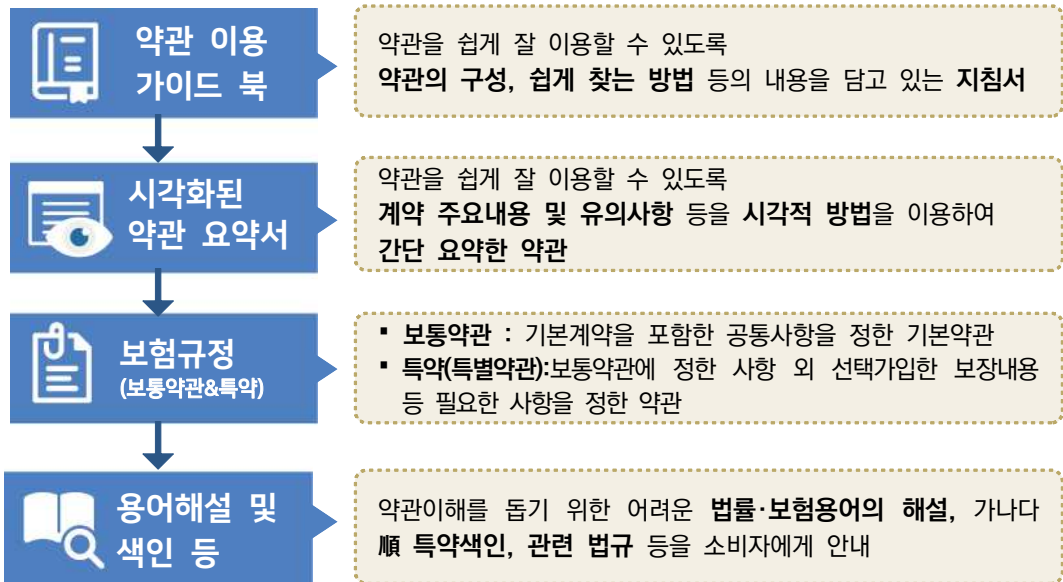
보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.

특히, 청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항 등 보험계약의 **중요사항**에 대한 설명이 들어 있으니 **반드시 확인**하셔야 합니다.

2

한눈에 보는 약관의 구성



3

QR코드를 통한 편리한 정보이용



QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하면
상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상



보험금 지급절차



전국 지점



4

약관의 핵심 체크항목 쉽게찾기(보통약관기준)

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

1 보험금 지급 및 지급제한 사항

제3조(보험금의 지급사유)

P84



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

2 청약철회

제18조(청약의 철회)

P89



3 계약취소

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

P89



4 계약 무효

제20조(계약의 무효)

P90



5 알릴 의무 및 위반 효과

제13조(계약 전 알릴 의무),
제15조(알릴 의무 위반의 효과)

P86

P87



6 계약後 알릴 의무 및 위반 효과

제14조(상해보험계약 후 알릴 의무),
제15조(알릴 의무 위반의 효과)

P86
P87



7 보험료 연체 및 해지

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

P95



8 부활(효력회복)

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

P95



9 해약환급금

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회),
제35조(해약환급금)

P96
P97



10 보험계약대출

제36조(보험계약대출)

P97



5

약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

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

1	시각화된 '약관 요약서'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.	➔	약관 요약서 P14
2	'약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.	➔	핵심 체크항목 P11
3	'가나다 順 특약색인(索引)'을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다. *보통약관에 부가된 특약은 자유롭게 선택, 가입(의무특약 제외)할 수 있고 가입특약에 한해 보장받을 수 있음	➔	특약 색인 P1159
4	약관 내용 중 어려운 보험용어는 용어해설, 약관 본문 Box안 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.	➔	용어 해설 P80
5	스마트폰으로 QR코드를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차 등을 쉽게 안내받을 수 있습니다.	➔	QR코드 P10
6	'관련법규'항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.	➔	관련법규 P441
7	약관조항 등이 음영·컬러화 되거나 진하게 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.		

6

기타문의 사항

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

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

쉽게 이해하는 약관 요약서

I 보험계약의 개요

II 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

III 보험계약의 일반사항



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

※ 이 요약서의 내용을 이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익을 받을 수 있으므로, **동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.**

I 보험계약의 개요

- 보험 회사명: 메리츠화재
- 보험상품명: 무배당 메리츠 The좋은 알뜰한보장보험2407
- 보험상품의 종목: 상해보험

1. 상품의 주요 특징

피보험자의 신체

개인이 부담하는
각종 비용손해

2. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 메리츠 The좋은 알뜰한보장보험2407

- ① 무배당 : 계약자에게 배당하지 않는 상품입니다.
- ② 알뜰한 : 일반 상품 대비 저렴한 보험료로 가입할 수 있는 상품입니다. 단, 계약을 해지할 경우 해약환급금이 표준형 대비 적거나 없을 수 있습니다.
- ③ 보장 : 상해, 질병으로 인한 진단, 입원, 수술 등의 위험을 보장하는 상품입니다.



보장성보험

[사망, 상해, 질병 등]



해약환급금미지급형

[계약을 해지할 경우 해약환급금이 없거나 일반상품보다 적을 수 있음]



예금자 보호

II 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

1. 보험금 지급제한사항



주의

이 보험에는 **면책기간, 감액지급, 보장한도 및 자기부담금** 등 **보험금 지급제한 조건**이 부가되어 있습니다.

더욱 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

▶ 면책기간/감액지급

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급
암진단비 (유사암제외)	암(유사암 및 소액암 제외)	90일	-
	소액암	90일	가입금액의 50%
통합암진단비 (유사암제외)	특정소액암	90일	가입금액의 50%
	특정소화기암, 15대특정암, 10대특정암, 4대고액암	90일	-
뇌졸중진단비		-	가입금액의 50%
뇌졸중진단비II		-	가입금액의 50% (단, 30일 경과시점전일이전 가입금액의 10%)
급성심근경색증진단비		-	가입금액의 50%
급성심근경색증진단비II		-	가입금액의 50% (단, 30일 경과시점전일이전 가입금액의 10%)
유사암진단비	제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암	-	가입금액의 50%
유사암진단비(II)	제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암	90일	가입금액의 50%
암진단비 (유사암 및 소액암제외)		90일	-
5대고액치료비암진단비		90일	-
16대특정암진단비		90일	-
뇌출혈진단비		-	가입금액의 50%

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급
항암방사선약물치료비	암	90일	-
	기타피부암, 갑상선암	-	-
계속받는 항암방사선약물 치료비(급여)(연간1회한)	암	90일	-
	기타피부암, 갑상선암	-	-
암직접치료입원일당(Ⅱ) (요양병원제외, 1일이상)	암	90일	-
	제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암	-	-
암요양병원입원일당(Ⅱ) (1일이상 90일한도)	암	90일	-
	제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암	-	-
암직접치료통원일당 (상급종합병원)	암	90일	-
	제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암	-	-
암수술비 (유사암제외)	암	90일	-
	제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암	-	-
암수술비(유사암제외)(25%체증형)		90일	-
암수술비(유사암제외)(최초1회한)		90일	-
뇌혈관질환진단비/수술비		-	가입금액의 50%
허혈성심장질환진단비/수술비		-	가입금액의 50%
131대질병수술비		-	가입금액의 50%
심근병증진단비		-	가입금액의 50%
32대질병 관혈수술비 (연간1회한)	5대질병 관혈수술시	-	가입금액의 50%
	9대질병 관혈수술시	-	가입금액의 50%
	14대질병 관혈수술시	-	가입금액의 50%
	4대질병 관혈수술시	-	가입금액의 50%
5대질환수술비 (연간1회한)	관혈수술	-	가입금액의 50%
	비관혈수술	-	가입금액의 50%

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급
유사암수술비	제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암	-	-
갑상선암(초기제외)진단비		90일	가입금액의 50%
대상포진진단비		90일	가입금액의 50%
대상포진눈병진단비		90일	가입금액의 50%
통풍진단비		90일	가입금액의 50%
간경변증진단비		-	가입금액의 50%
갑상선암 및 기타피부암의 전이암(림프절 등 전이제외)진단비		-	가입금액의 50%
경증이상 치매간병비	질병	1년	-
	상해	-	
중등도이상 치매간병비	질병	1년	-
	상해	-	
요로결석진단비		1년	-
화귀난치성 7대질환진단비		-	가입금액의 50%
50%이상후유장애 및 6대질환진단 (페이백 기본형)	암(유사암제외)	90일	-
	암(유사암제외) 이외	-	-
뇌혈관질환진단비Ⅱ		-	가입금액의 50% (단, 30일 경과시점전일이전 가입금액의 10%)
허혈성심장질환진단비Ⅱ		-	가입금액의 50% (단, 30일 경과시점전일이전 가입금액의 10%)
갱신형 항암양성자 방사선치료비, 갱신형 항암세기조절 방사선치료비	암	90일	가입금액의 50% (단, 180일 경과시점전일이전 가입금액의 25%)
	기타피부암, 갑상선암	-	
갱신형 다빈치로봇 암수술비	암(특정암제외)	90일	가입금액의 50% (단, 180일 경과시점전일이전 가입금액의 25%)
	특정암		
암특정재활치료비(급여, 1일1회한, 연간20회한)		90일	가입금액의 50%
암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)		90일	가입금액의 50%

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급
2대질환특정재활치료비(급여, 1일1회한, 연간90회한)		-	가입금액의 50%
급성간염(A,B,C형)진단비		-	가입금액의 50%
뇌전증진단비		-	가입금액의 50%
갱신형 3대질환 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 양전자단층촬영(PET)검사비 (급여, 연간1회한)		-	가입금액의 50% ^{주1)}
갱신형 특정질환3대치료비, 갱신형 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 특정호르몬약물허가치료비	암	90일	가입금액의 50%
	갑상선암	-	가입금액의 50%
갱신형 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비 (연간1회한)		90일	가입금액의 50%
갱신형 말기암호스피스완화치료 (입원형및가정형)		90일	-
갱신형 특정중등도이상자궁경부비형성증진단비		90일	가입금액의 50%
갱신형 특정NGS유전자패널검사비 (급여,연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 암 MRI촬영검사비 (급여,연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 암 양전자단층촬영(PET)검사비 (급여,연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 폴립및양성종양수술비(1~6종) (급여,연간1회한)		-	가입금액의 50% (단, 90일 경과시점 전일 이전은 가입금액의 10%)
갱신형 뇌정위적방사선수술비 (급여,연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 특정생검조직병리검사비 (급여,연간1회한)		-	가입금액의 50%
만성신부전 투석치료비 (급여, 연간1회한)		-	가입금액의 50%
만성신부전 동정맥루조성술치료비 (급여, 연간1회한)		-	가입금액의 50%
갑상선기능저하증진단비		-	가입금액의 50%
갱신형 체외충격파쇄석술치료비 (급여,연간1회한)		-	가입금액의 50% ^{주2)}
갱신형 특정면역항암 약물허가치료비, 갱신형 계속받는 특정면역항암약물허가치료비 (연간1회한)	암	90일	가입금액의 50%
	기타피부암, 갑상선암	-	

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급
갱신형 표적항암 약물허가치료비II, 갱신형 계속받는 표적항암약물허가 치료비II (연간1회한)	암	90일	가입금액의 50%
	기타피부암, 갑상선암	-	
갱신형 표적항암 약물허가치료비II(비급여), 갱신형 계속받는 표적항암약물허가 치료비II (연간1회한)(비급여)	암	90일	가입금액의 50%
	기타피부암, 갑상선암	-	
갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비 (1-3종, 연간1회한)	1종 근골 및 하지정맥류질환	-	가입금액의 50%
	2종 기타질환		
	3종 로봇보조		
갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비 (1-4종, 연간1회한)	1종 근골 및 하지정맥류질환	-	가입금액의 50%
	2종 기타질환		
	3종 로봇보조		
	4종 여성 비뇨생식기질환		
갱신형 암 내시경검사비 (급여, 연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 유방암 유방재건수술비 (급여, 연간1회한)		90일	-

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급
강신형 통합 산정특례 진단비	특정소액암	90일	가입금액의 50%
	특정소화기암, 15대특정암, 10대특정암, 4대고액암		-
	제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암, 희귀질환자, 결핵질환자	-	가입금액의 50%
	중증질환자 (뇌혈관질환), 중증질환자 (심장질환), 중증난치질환자 (중증치매제외)		가입금액의 50% ^{주3)}
	양성뇌종양, 중증화상환자		-
강신형 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상 진단비		1년 ^{주3)}	-
강신형 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비(연간1 회한)		-	가입금액의 50% ^{주3)}
강신형 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 진단비(연간1 회한)		-	가입금액의 50% ^{주3)}
전이암진단비	림프절전이암진단비	90일	가입금액의 50%
	특정전이암진단비	90일	가입금액의 50%
뇌혈관질환수술비 (25%체증형)	1회차 수술시	-	가입금액의 50%
	2회차 수술시		가입금액의 62.5%
	3회차 수술시		가입금액의 75%
	4회차 수술시		가입금액의 87.5%
	5회차 수술 이후		가입금액의 100%
허혈성심장질환수술비 (25%체증형)	1회차 수술시	-	가입금액의 50%
	2회차 수술시		가입금액의 62.5%
	3회차 수술시		가입금액의 75%
	4회차 수술시		가입금액의 87.5%
	5회차 수술 이후		가입금액의 100%
혈전용해치료비Ⅱ		-	가입금액의 50%
혈전용해치료비Ⅲ(연간1 회한)		-	가입금액의 50%
기계적혈전제거술(카테터법)치료비Ⅲ(급여, 연간1 회한)		-	가입금액의 50%

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간	최초계약일부터 1년경과시점 전일이전 감액지급
특정간담체질환진단비	지방간대상질병관리지원비 (간효소수치80IU/L 이상)	90일	가입금액의 50%
	지방간대상질병관리지원비 (간효소수치200IU/L 이상)	90일	가입금액의 50%
	간농양진단비	-	가입금액의 50%
	특정담낭, 담관염진단비	-	가입금액의 50%
	급성췌장염진단비	-	가입금액의 50%
특정소화계질환진단비	크론병및궤양성대장염진단 비	-	가입금액의 50%
	특정천공진단비	-	-
	특정4대소화계질환 (충수, 복막, 기타장질환)진단 비	-	가입금액의 50%
	특정6대소화계질환 (궤양, 게실염)진단비	-	가입금액의 50%
4대양성종양진단비	대장 양성종양및특정폴립진단비	-	가입금액의 50%
	위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립진단비	-	가입금액의 50%
	중이, 호흡계통, 흉곽내기관 양성종양진단비	-	가입금액의 50%
	골, 관절연골 양성종양진단비	-	가입금액의 50%
	부정맥질환특정검사비(1종) (급여, 연간1회한)	-	가입금액의 50%
갱신형 부정맥질환특정검사비	부정맥질환특정검사비(2종) (급여, 연간1회한)	-	
갱신형 6대심장질환진단비		-	가입금액의 50%
갱신형 6대심장질환진단비II		-	가입금액의 50% (단, 30일 경과시점전일이전 가입금액의 10%)
암 주요치료비 (연간1회한, 5년간)	암(유사암제외)	90일	-
	기타피부암 및 갑상선암	-	
종합병원 암 주요치료비(본인부담금 1천만원이상)(연간1회한, 5년간)		90일 (단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)	-
종합병원 암 주요치료비(본인부담금 2천만원이상)(연간1회한, 5년간)		90일 (단, 기타피부암 및 갑상선암은 제외)	-

주1) 상해로 인한 양전자단층촬영(PET)의 경우 감액기간 없음

주2) 상해로 인한 체외충격파쇄석술의 경우 감액기간 없음

주3) 상해로 인한 산정특례대상 등록의 경우 면책기간 및 감액기간 없음

▶ 보장한도

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

[예시]

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

▶ 자기부담금 차감

자기부담금

차감 후
지급

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

[자기부담금을 차감하는 담보]

담보명	자기부담금 차감 금액
민사소송법률비용	자기부담금 10만원
의료사고법률비용	변호사 착수금 X 20%
갱신형 가족일상생활중 배상책임(II)/(III)	1사고당 자기부담금 대인 : 없음 대물 : (II)-20만원 (III)-누수50만원,이외20만원
12대/20대/신8대가전제품 수리비용	1사고당 자기부담금: 2만원

2. 해약환급금에 관한 사항

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

해약환급금

0원
or 적음
[해지시]

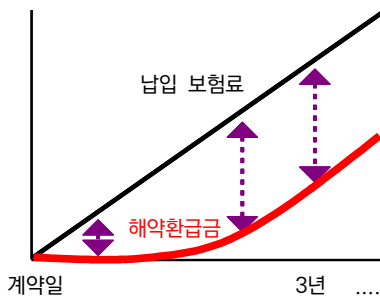
! 주의

- ① **해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.**

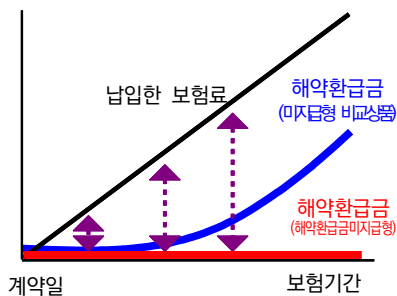
*해약환급금: 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급

- ② 보험계약을 해지할 경우 **해약환급금이 없거나 일반상품보다 적을 수 있습니다.**
(해약환급금미지급형 운영 상품에 한함)

(예시① 일반상품)



(예시② 해약환급금이 없는 상품)



* 상기 표는 예시이며 가입하는 종에 따라 해약환급금의 형태는 다를 수 있습니다. 보통약관 제35조 (해약환급금)을 반드시 확인하시기 바랍니다.

3. 갱신 시 보험료인상 가능성

갱신형 담보의 경우 **갱신 시 보험료가 변동될 수** 있습니다.

보험료 갱신형



! 주의

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

갱신 시 보험료가 인상될 수 있는 계약

해당 담보 : 담보명 앞에 “갱신형”이 붙어 있는 담보

4. 실손보상형 담보 / 실손의료보험

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

실손형 담보
[중복가입 부적절]
중복가입시
비례보상

! 주의

- ① 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 **중복 가입** 하더라도 **실제 발생한 손해(비용)를 초과하여 보험금을 지급하지 않습니다.** (중복 가입 시 비례보상)
- ② 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보에 가입하여 **불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의**하시기 바랍니다.

실손보상형 담보

운전자별금(대인), 운전자별금(대물), 교통사고처리지원금, 자동차사고변호사선임비용, 가족일상생활중 배상책임, 법률비용, 가전제품수리비용

5. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

① 보장성보험

보장성보험
[사망, 상해, 질병 등]



! 주의

- ① 이 보험은 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**
- ② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.
- ③ 가입한 **특약**의 경우 기본계약과 **보험기간이 다릅니다.**
(특약별 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다.)

② 예금자보호제도에 관한 사항

예금자보호



! 주의

- ① 이 보험은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.
- ② 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타 지급금을 합한 금액 및 사고보험금 각각 **별도로 1인당 “5천만원까지”**이며, 연금저축보험은 다른 예금보호 대상 금융상품과는 **별도로 1인당 “5천만원까지”** 보호됩니다.

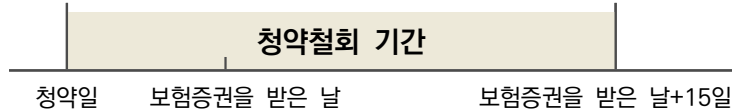
III 보험계약의 일반사항

1. 청약을 철회할 수 있는 권리

보통약관

제18조

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



[청약철회가 불가한 경우]

- ① **청약일**부터 **30일**(만65세 이상 보험계약자&전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우
- ② 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 **90일 이내인 계약** 또는 전문금융소비자가 체결한 계약

2. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

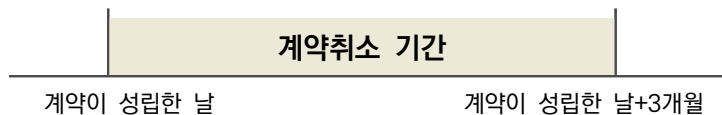
보통약관

제19조

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

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

〈계약 취소 시 지급하는 금액〉
납입한 보험료 + 이자



3. 보험계약의 무효

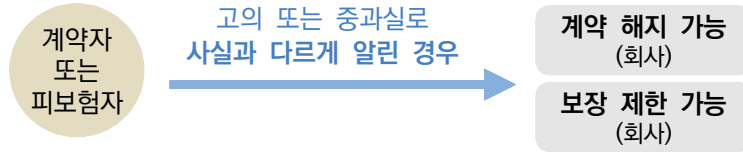
보통약관

제20조

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

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

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



주의

- ① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사**에게만 **구두**로 알렸을 경우 **보험계약前 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**
- ② **전화 등 통신수단을 통한 보험계약**의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신**하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.



민원사례

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

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



법률지식

[대법원 2007.6.28.선고 2006다59837]

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

5. 보험계약後 알릴 의무 및 위반시효과

보통약관

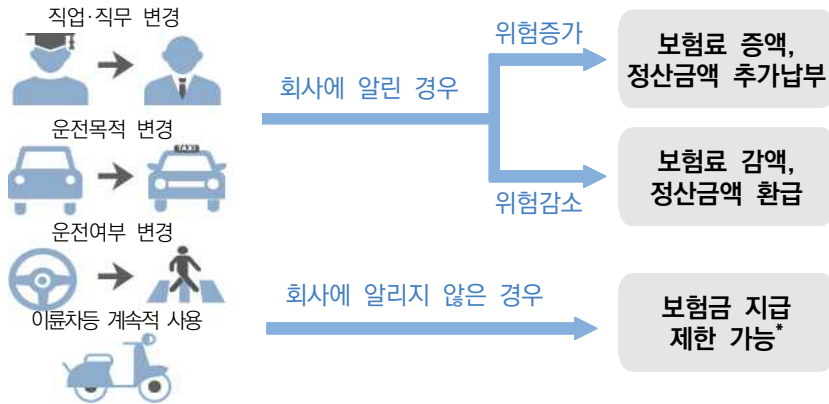
제14조, 제15조

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



보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

- ① **위험이 감소한 경우** 보험료를 감액하고 정산금액을 환급하여 드리며,
- ② **위험이 증가한 경우** 보험료가 증액되고 정산금액의 추가 납입이 필요할 수 있습니다.



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

6. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

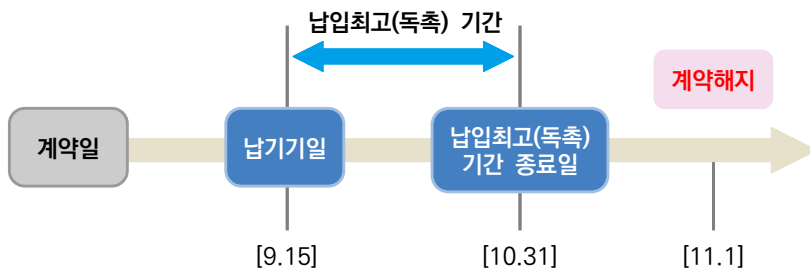
보통약관

제29조

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

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

[예시]



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

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

7. 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

보통약관

제30조

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



보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)**을 **거절**하거나 **보장의 일부를 제한**할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.



8. 보험계약대출

보통약관

제36조

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.



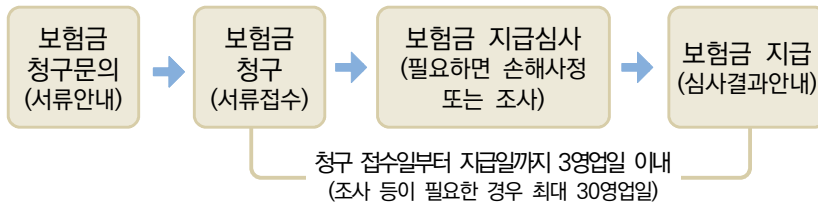
- ① **상환하지 않은 보험계약대출금** 및 **이자**는 **해약환급금** 또는 **보험금**에서 **차감**될 수 있습니다.
- ② **순수보장성보험** 등 보험상품 종류에 따라 **보험계약대출**이 **제한**될 수 있습니다.
- ③ 보험계약자는 대출신청 전에 **보험계약대출이율**을 반드시 **확인**하시기 바랍니다.

[예시]

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

보험금은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급합니다.

(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 30영업일 이내의 기간이 소요될 수 있습니다.)



주의

소액 보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 **청구서류가 간소화**되는 경우도 있으나, **보험금청구 전**에 보험회사에 **제출서류를 확인**하시기 바랍니다.

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

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

무배당 메리츠 The 좋은 알뜰한보장보험2407 보통약관

가입자 유의사항	75
주요내용 요약서	77
보험용어 해설	80
 제1관 목적 및 용어의 정의	 83
제1조(목적)	83
제2조(용어의 정의)	83
 제2관 보험금의 지급	 84
제3조(보험금의 지급사유)	84
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	84
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	84
제6조(보험금 지급사유 등의 통지)	85
제7조(보험금 등의 청구)	85
제8조(보험금의 지급절차)	85
제9조(보험금 받는 방법의 변경)	86
제10조(주소변경통지)	86
제11조(보험수익자의 지정)	86
제12조(대표자의 지정)	86
 제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	 86
제13조(계약 전 알릴 의무)	86
제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)	86
제15조(알릴 의무 위반의 효과)	87
제16조(사기에 의한 계약)	88
 제4관 보험계약의 성립과 유지	 88
제17조(보험계약의 성립)	88
제18조(청약의 철회)	89
제19조(약관교부 및 설명의무 등)	89
제20조(계약의 무효)	90
제21조(계약내용의 변경 등)	91
제22조(보험나이 등)	91

제23조(계약의 소멸)	92
제5관 보험료의 납입	92
제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	92
제25조(제2회 이후 보험료의 납입)	92
제26조(보험료의 납입면제)	92
제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)	93
제27조(납입면제에 관한 세부규정)	94
제28조(보험료의 자동대출납입)	95
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	95
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	95
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	96
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	96
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	96
제33조(중대사유로 인한 해지)	96
제34조(회사의 파산선고와 해지)	96
제34조의1(위법계약의 해지)	96
제35조(해약환급금)	97
제36조(보험계약대출)	97
제37조(배당금의 지급)	97
제7관 분쟁의 조정 등	97
제38조(분쟁의 조정)	97
제39조(관할법원)	97
제40조(소멸시효)	97
제41조(약관의 해석)	98
제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	98
제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	98
제44조(회사의 손해배상책임)	98
제45조(개인정보보호)	98
제46조(준거법)	98
제47조(예금보험에 의한 지급보장)	99

무배당 메리츠 The좋은 알뜰한보장보험2407 특별약관

1. 상해 관련 특별약관	103
1. 일반상해사망추가보장 특별약관	103
2. 일반상해80%이상후유장해보장 특별약관	104
3. 일반상해후유장해(3~100%)보장 특별약관	105
4. 골절(치아파절 제외)진단비 II 보장 특별약관	106
5. 신화상치료비보장 특별약관	106
6. 상해수술비보장 특별약관	108
7. 일반상해입원일당(1일 이상)보장 특별약관	109
8. 종합병원 일반상해입원일당(1일 이상)보장 특별약관	110
9. 중대한특정상해수술비보장 특별약관	111
10. 신골절치료비(치아파절포함)보장 특별약관	113
11. 상급종합병원 일반상해입원일당(1일 이상)보장 특별약관	114
12. 일반상해중환자실입원일당(1일 이상)보장 특별약관	115
13. 골절수술비 II 보장 특별약관	116
14. 상해사고부상치료비보장 특별약관	117
15. 상해흉터복원수술비보장 특별약관	118
16. 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당(1일 이상 10일 한도)보장 특별약관	119
17. 골절진단비 II 보장 특별약관	121
18. 5대골절수술비보장 특별약관	121
19. 수술비(1~7종, 연간3회한)[상해]보장 특별약관	122
20. 5대골절진단비보장 특별약관	125
21. 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해입원일당(1일 이상 30일 한도)보장 특별약관	126
22. 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해수술입원일당(1일 이상 10일 한도)보장 특별약관	127
23. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 200만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	130
24. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 300만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	131
25. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 500만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	133
26. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 700만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	134
27. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 1,000만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	136
28. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 1,500만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	137
29. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 2,000만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	139
30. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 200만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	140
31. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 300만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	142
32. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 500만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	144
33. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 700만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	146

34. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 1,000만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	148
35. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 1,500만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	150
36. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 2,000만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	152
37. 간병인사용 일반상해입원일당(1일 이상 180일 한도)(요양병원제외)보장 특별약관	154
38. 간병인사용 일반상해입원일당(1일 이상 180일 한도)(요양병원)보장 특별약관	157
39. 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(1일 이상 180일 한도)보장 특별약관	159
40. 일반상해입원일당(181일 이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관	161
41. 간병인사용 일반상해입원일당(181일 이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관	162
42. 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(181일 이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관	164
43. 2-3인실 상급종합병원 일반상해입원일당(1일 이상 30일 한도)보장 특별약관	166
44. 2-3인실 종합병원 일반상해입원일당(1일 이상 30일 한도)보장 특별약관	168

II. 질병 관련 특별약관 169

1. 질병사망보장 특별약관	169
2. 질병사망추가보장 특별약관	170
3. 질병80%이상후유장해보장 특별약관	170
4. 16대특정암진단비보장 특별약관	171
5. 5대고액치료비암진단비보장 특별약관	173
6. 뇌출혈진단비보장 특별약관	174
7. 말기폐질환진단비보장 특별약관	175
8. 말기간경화진단비보장 특별약관	176
9. 말기신부전증진단비보장 특별약관	176
10. 항암방사선약물치료비보장 특별약관	177
11. 질병입원일당(1일 이상)보장 특별약관	179
12. 암직접치료입원일당(II)(요양병원제외, 1일 이상)보장 특별약관	180
13. 2대질병입원일당(1일 이상)보장 특별약관	182
14. 암수술비(유사암제외)보장 특별약관	184
15. 암수술비(유사암제외)(최초1회한)보장 특별약관	186
16. 양성뇌종양진단비 II 보장 특별약관	188
17. 만성당뇨합병증진단비보장 특별약관	189
18. 갑상선기능항진증치료비보장 특별약관	190
19. 종합병원 질병입원일당(1일 이상)보장 특별약관	191
20. 요로결석진단비보장 특별약관	193
21. 충수염수술비보장 특별약관	194

22. 간질환수술비보장 특별약관	195
23. 갑상선암 및 기타피부암의 전이암(림프절 등 전이제외)진단비보장 특별약관	196
24. 특정희귀난치성질환수술비보장 특별약관	198
25. 호흡기관관련질병수술비보장 특별약관	199
26. 조혈모세포이식수술비보장 특별약관	201
27. 질병후유장해(3~100%)보장 특별약관	202
28. 희귀난치성 7대질환진단비보장 특별약관	204
29. 32대질병관혈수술비(연간1회환)보장 특별약관	205
30. 5대질환수술비(연간1회환)보장 특별약관	207
31. 요실금수술비(급여)(연간1회환)보장 특별약관	208
32. 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도)보장 특별약관	210
33. 유사암수술비보장 특별약관	212
34. 갑상선암(초기제외)진단비보장 특별약관	214
35. 상급종합병원 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	215
36. 질병중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관	217
37. 대상포진진단비보장 특별약관	219
38. 대상포진눈병진단비보장 특별약관	220
39. 통풍진단비보장 특별약관	221
40. 간경변증진단비보장 특별약관	222
41. 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당(1일이상 10일한도)보장 특별약관	223
42. 계속받는 항암방사선약물치료비(급여)(연간1회환)보장 특별약관	225
43. 암직접치료통원일당(상급종합병원)보장특별약관	227
44. 결핵진단비보장 특별약관	230
45. 중대한재생불량성빈혈진단비보장 특별약관	231
46. 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비보장특별약관	232
47. 뇌졸중통원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관	233
48. 급성심근경색증통원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관	235
49. 암특정통증완화치료비(급여,연간1회환)보장 특별약관	237
50. 암특정재활치료비(급여,1일1회환,연간20회환)보장 특별약관	239
51. 2대질병특정재활치료비(급여,1일1회환,연간90회환)보장 특별약관	241
52. 급성간염(A,B,C형)진단비보장 특별약관	244
53. 뇌전증진단비보장 특별약관	245
54. 심근병증진단비보장 특별약관	246
55. 만성신부전 투석치료비(급여, 연간1회환)보장 특별약관	247
56. 만성신부전 동정맥루조성술치료비(급여, 연간1회환)보장 특별약관	248
57. 갑상선기능저하증진단비보장 특별약관	250
58. 보험료납입지원(유사암진단)보장 특별약관	251
59. 암수술비(유사암제외)(25%체증형)보장특별약관	252

60. 유사암수술비(25%체증형)보장 특별약관	255
61. 혈전용해치료비 II 보장 특별약관	257
62. 혈전용해치료비 II (연간1회환)보장 특별약관	258
63. 기계적혈전제거술(카테터법)치료비 II (급여, 연간1회환)보장 특별약관	260
64. 특정간담체질환진단비보장 특별약관	262
65. 특정소화계질환진단비보장 특별약관	266
66. 4대양성종양진단비보장 특별약관	268
67. 상급병실(1인실) 종합병원 질병입원일당(1일 이상 30일 한도)보장 특별약관	271
68. 상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당(1일 이상 10일 한도)보장 특별약관	273
69. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 200만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	277
70. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 300만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	279
71. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 500만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	281
72. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 700만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	283
73. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 1,000만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	285
74. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 1,500만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	287
75. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 2,000만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	289
76. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 200만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	291
77. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 300만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	293
78. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 500만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	296
79. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 700만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	298
80. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 1,000만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	301
81. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 1,500만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	303
82. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 2,000만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	306
83. 간병인사용 질병입원일당(1일 이상 180일 한도)(요양병원제외)보장 특별약관	308
84. 간병인사용 질병입원일당(1일 이상 180일 한도)(요양병원)보장 특별약관	311
85. 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(1일 이상 180일 한도)보장 특별약관	314
86. 질병입원일당(181일 이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관	316
87. 간병인사용 질병입원일당(181일 이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관	318
88. 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(181일 이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관	321
89. 2-3인실 상급종합병원 질병입원일당(1일 이상 30일 한도)보장 특별약관	323

90. 2-3인실 종합병원 질병입원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관	325
91. 암 주요치료비(연간1회한, 5년간)보장 특별약관	327
92. 종합병원 암 주요치료비(본인부담금 1천만원이상)(연간1회한, 5년간)보장 특별약관	335
93. 종합병원 암 주요치료비(본인부담금 2천만원이상)(연간1회한, 5년간)보장 특별약관	342

III. 상해 및 질병 관련 특별약관 348

1. 중증치매간병비보장 특별약관	348
2. 김스치료비보장 특별약관	350
3. 유방절제수술복원치료비(부분절제제외)보장 특별약관	351
4. 인공관절수술비보장 특별약관	352
5. 5대장기이식수술비보장 특별약관	353
6. 신김스치료비보장 특별약관	354
7. 응급실내원비(응급)보장 특별약관	356
8. 중등도이상 치매간병비보장 특별약관	357
9. 경증이상 치매간병비보장 특별약관	360
10. 50%이상후유장해 및 6대질병진단(폐이백 기본형)보장 특별약관	362
11. 아나필락시스진단비(응급, 연간1회한)보장 특별약관	365
12. 7대장기이식대기등록보장 특별약관	366
13. 골밀도검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	367

IV. 비용 관련 특별약관 369

1. 민사소송법률비용보장 특별약관	369
2. 의료사고법률비용보장 특별약관	372

V. 별표 373

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	373
【별표2】 장애분류표	373
【별표3】 악성신생물(암) 분류표	386
【별표4】 제자리신생물 분류표	387
【별표5】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	388
【별표6】 뇌졸중대상질병 분류표	388
【별표7】 급성심근경색증대상질병 분류표	389
【별표8】 골절(치아파절 제외) 분류표 II	389
【별표9】 화상 분류표	390
【별표10】 16대특정암 분류표	390
【별표11】 5대고액치료비암 분류표	391
【별표12】 뇌출혈 분류표	392
【별표13】 말기폐질환(End Stage Lung Disease)	393

【별표14】 말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis)	394
【별표15】 갑상선기능항진증대상질병 분류표	394
【별표16】 갑상선기능저하증대상질병 분류표	395
【별표17】 중대한 특정상해 분류표	395
【별표18】 소송목적의 값에 따른 변호사비용	396
【별표19】 민사소송 등 인지법에 정한 인지액	396
【별표20】 송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송)	396
【별표21】 만성신부전 분류표	397
【별표22】 뇌전증 분류표	397
【별표23】 충수염(맹장염) 분류표	398
【별표24】 간질환 분류표	398
【별표25】 양성뇌종양(경계성종양제외) 대상질병 분류표	399
【별표26】 특정희귀난치성질환 분류표	399
【별표27】 호흡기관련질병 분류표	401
【별표28】 유방절제수술 분류표	402
【별표29】 급성간염(A,B,C형) 분류표	402
【별표30】 신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표	403
【별표31】 아나필락시스 분류표	405
【별표32】 심근병증 분류표	405
【별표33】 32대질병 분류표	406
【별표34】 5대질환 분류표	408
【별표35】 요실금 분류표	409
【별표36】 요실금수술 분류표	409
【별표37】 골절 분류표 II	410
【별표38】 골,관절연골 양성종양 분류표	410
【별표39】 대상포진대상질병 분류표	411
【별표40】 대상포진눈병대상질병 분류표	411
【별표41】 통풍대상질병 분류표	412
【별표42】 간경변증대상질병 분류표	412
【별표43】 1~7종 수술분류표	413
【별표44】 기관(organ)분류표	424
【별표45】 상해사고분류표	426
【별표46】 상해사고부상등급표	426
【별표47】 급여 항암방사선치료 분류표	429
【별표48】 급여 항암약물 분류표	430
【별표49】 5대골절분류표	431
【별표50】 만성당뇨합병증 분류표	431
【별표51】 요로결석 분류표	432

【별표52】	희귀난치성 7대질환 분류표	433
【별표53】	결핵분류표	433
【별표54】	약제내성결핵(슈퍼결핵포함)분류표	434
【별표55】	신경차단·파괴치료(급여) 대상 수가코드	434
【별표56】	특정심장질환 분류표	435
【별표57】	지방간대상질환 분류표	435
【별표58】	간농양 분류표	436
【별표59】	특정담낭,담관염 분류표	436
【별표60】	급성췌장염 분류표	437
【별표61】	크론병및게양성대장염 분류표	437
【별표62】	특정천공 분류표	438
【별표63】	특정4대소화계질환(충수,복막,기타장질환) 분류표	438
【별표64】	특정6대소화계질환(게양,게실염) 분류표	439
【별표65】	대장 양성종양및특정폴립 분류표	440
【별표66】	위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립 분류표	440
【별표67】	중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양 분류표	441
【법규1】	개인정보 보호법	441
【법규2】	공직선거법	443
【법규3】	교통사고처리특례법	444
【법규4】	국민건강보험법	444
【법규5】	금융소비자 보호에 관한 법률	445
【법규6】	도로교통법	448
【법규7】	민법	449
【법규8】	민사소송법	449
【법규9】	소비자기본법	450
【법규10】	신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률	451
【법규11】	약사법	452
【법규12】	여객자동차 운수사업법 시행령	452
【법규13】	의료급여법	453
【법규14】	의료법	454
【법규15】	의료법 시행규칙	455
【법규16】	자동차관리법 시행규칙	456
【법규17】	자동차손해배상보장법 시행령	458
【법규18】	장기등 이식에 관한 법률	459
【법규19】	장애인복지법 시행규칙	460
【법규20】	폭력행위 등 처벌에 관한 법률	461
【법규21】	한의학육성법	461
【법규22】	형법	462

【법규23】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률	464
【법규24】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령	465
【법규25】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙	467
【법규26】 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률	467
【법규27】 장애인복지법	468
【법규28】 장애인복지법 시행령	469
【법규29】 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률	470
【법규30】 상법	470
【법규31】 상법 시행령	471
【법규32】 응급의료에 관한 법률	471
【법규33】 응급의료에 관한 법률 시행규칙	472
【법규34】 전자서명법	472
【법규35】 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률	473
【법규36】 형사소송법	473
【법규37】 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙	474

기타 제도성 특별약관

보험료 자동납입 특별약관	477
특별조건부(활증보험료법) 특별약관	477
사망보험금 양육연금전환 특별약관	478
지정대리청구서비스 특별약관	480
장애인전용보험전환 특별약관	481
이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관	483
전자서명 특별약관	485
특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관	486

별표 488

【별표1】 특정신체부위 · 질병 분류표	488
【별표1-1】 특정신체부위 분류표	488
【별표1-2】 특정질병 분류표	489

무배당 갱신형 가족일상생활중배상책임보장 특별약관2404

가입자 유의사항	493
주요내용 요약서	495

보험용어 해설	497
제1절 일반조항	501
제1관 목적 및 용어의 정의	501
제1조(목적)	501
제2조(용어의 정의)	501
제2관 보험금의 지급	502
제3조(보상하는 손해)	502
제4조(보상하지 않는 손해)	502
제5조(손해의 발생과 통지)	502
제6조(보험금의 청구)	503
제7조(보험금의 지급절차)	503
제8조(의무보험과의 관계)	503
제9조(보험금의 분담)	503
제10조(손해방지의무)	503
제11조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)	504
제12조(합의 절차 중재 소송의 협조 대행 등)	504
제13조(대위권)	504
제14조(보험금 받는 방법의 변경)	504
제15조(주소변경통지)	505
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	505
제16조(계약 전 알릴 의무)	505
제17조(계약 후 알릴 의무)	505
제18조(알릴 의무 위반의 효과)	505
제19조(양도)	506
제20조(사기에 의한 계약)	506
제4관 보험계약의 성립과 유지	506
제21조(보험계약의 성립)	506
제22조(청약의 철회)	506
제23조(약관교부 및 설명의무 등)	506
제24조(계약의 무효)	507
제25조(계약내용의 변경 등)	507
제26조(조사)	508
제27조(타인을 위한 계약)	508
제28조(보험나이 등)	508

제29조(특별약관의 소멸)	508
제30조(특별약관의 자동갱신)	508
제31조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)	509
제32조(자동갱신 적용)	509
 제5관 보험료의 납입	 509
제33조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	509
제34조(제2회 이후 보험료의 납입)	509
제35조(보험료의 자동대출납입)	509
제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	509
제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	510
제38조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	510
 제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	 511
제39조(계약자의 임의해지)	511
제39조의1(위법계약의 해지)	511
제40조(중대사유로 인한 해지)	511
제41조(회사의 파산선고와 해지)	511
제42조(해약환급금)	511
제43조(보험계약대출)	511
제44조(배당금의 지급)	512
 제7관 분쟁의 조정 등	 512
제45조(분쟁의 조정)	512
제46조(관할법원)	512
제47조(소멸시효)	512
제48조(약관의 해석)	512
제49조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	512
제50조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	512
제51조(회사의 손해배상책임)	513
제52조(개인정보보호)	513
제53조(준거법)	513
제54조(예금보험에 의한 지급보장)	513
 제2절 보장조항	 514
2-1. 갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅱ)보장 특별약관	514
2-2. 갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅲ)보장 특별약관	515
【별표】	516

무배당 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당보장 특별약관2405

가입자 유의사항	518
주요내용 요약서	520
보험용어 해설	523

제 1절 일반조항 527

제1관 목적 및 용어의 정의	527
제1조(목적)	527
제2조(용어의 정의)	527

제2관 보험금의 지급	527
제3조(보험금의 지급사유)	527
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	527
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	527
제6조(보험금 지급사유의 통지)	528
제7조(보험금의 청구)	528
제8조(보험금의 지급절차)	528
제9조(보험금 받는 방법의 변경)	528
제10조(주소변경통지)	528
제11조(보험수익자의 지정)	528
제12조(대표자의 지정)	529

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	529
제13조(계약 전 알릴 의무)	529
제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)	529
제15조(알릴 의무 위반의 효과)	530
제16조(사기에 의한 계약)	531

제4관 보험계약의 성립과 유지	531
제17조(보험계약의 성립)	531
제18조(청약의 철회)	532
제19조(약관교부 및 설명의무 등)	532
제20조(계약의 무효)	533
제21조(계약내용의 변경 등)	533

제22조(보험나이 등)	534
제23조(특별약관의 소멸)	534
제24조(특별약관의 자동갱신)	534
제25조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)	534
제26조(자동갱신 적용)	534
 제5관 보험료의 납입	 534
제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	534
제28조(제2회 이후 보험료의 납입)	535
제28조의1(보험료의 납입연체에 관한사항)	535
제29조(보험료의 자동대출납입)	535
제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	535
제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	536
제32조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	536
 제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	 536
제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	536
제33조의1(위법계약의 해지)	536
제34조(중대사유로 인한 해지)	537
제35조(회사의 파산선고와 해지)	537
제36조(해약환급금)	537
제37조(보험계약대출)	537
제38조(배당금의 지급)	537
 제7관 분쟁의 조정 등	 537
제39조(분쟁의 조정)	537
제40조(관할법원)	537
제41조(소멸시효)	537
제42조(약관의 해석)	538
제43조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	538
제44조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	538
제45조(회사의 손해배상책임)	538
제46조(개인정보보호)	538
제47조(준거법)	538
제48조(예금보험에 의한 지급보장)	538

제2절 보장조항 539

1. 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)보장 특별약관	539

2. 갱신행 간병인지원 일반상해입원일당(VI)(1일이상 180일한도)보장 특별약관	542
2-1. 갱신행 간병인지원 일반상해입원일당(VI)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관	544
3. 갱신행 일반상해입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)보장 특별약관	547
4. 갱신행 간병인지원 일반상해입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(1일이상 180일한도)보장 특별약관	548
5. 갱신행 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관	551
6. 갱신행 일반상해입원일당(181일이상, 전환용)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관	554
7. 갱신행 간병인지원 일반상해입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관	555

별표	557
【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	557

무배당 갱신행 간병인지원 질병입원일당보장 특별약관2405

가입자 유의사항	559
주요내용 요약서	561
보험용어 해설	563

제 1절 일반조항 567

제1관 목적 및 용어의 정의	567
제1조(목적)	567
제2조(용어의 정의)	567

제2관 보험금의 지급	567
제3조(보험금의 지급사유)	567
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	567
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	567
제6조(보험금 지급사유의 통지)	567
제7조(보험금의 청구)	568
제8조(보험금의 지급절차)	568
제9조(보험금 받는 방법의 변경)	568
제10조(주소변경통지)	568
제11조(보험수익자의 지정)	568
제12조(대표자의 지정)	569

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	569
제13조(계약 전 알릴 의무)	569
제14조(알릴 의무 위반의 효과)	569
제15조(사기에 의한 계약)	570
제4관 보험계약의 성립과 유지	570
제16조(보험계약의 성립)	570
제17조(청약의 철회)	570
제18조(약관교부 및 설명의무 등)	571
제19조(계약의 무효)	572
제20조(계약내용의 변경 등)	572
제21조(보험나이 등)	573
제22조(특별약관의 소멸)	573
제23조(특별약관의 자동갱신)	573
제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)	573
제25조(자동갱신 적용)	573
제5관 보험료의 납입	573
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	573
제27조(제2회 이후 보험료의 납입)	574
제27조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)	574
제28조(보험료의 자동대출납입)	574
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	574
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	574
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	575
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	575
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	575
제32조의1(위법계약의 해지)	575
제33조(중대사유로 인한 해지)	576
제34조(회사의 파산선고와 해지)	576
제35조(해약환급금)	576
제36조(보험계약대출)	576
제37조(배당금의 지급)	576
제7관 분쟁의 조정 등	576
제38조(분쟁의 조정)	576
제39조(관할법원)	576

제40조(소멸시효)	576
제41조(약관의 해석)	576
제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	577
제43조(법령 등의 개정 등에 따른 계약내용의 변경)	577
제44조(회사의 손해배상책임)	577
제45조(개인정보보호)	577
제46조(준거법)	577
제47조(예금보험에 의한 지급보장)	577

제2절 보장조항 578

1. 갱신헌 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(1일 이상 180일 한도)보장 특별약관	578
2. 갱신헌 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(1일 이상 180일 한도)Q보장 특별약관	581
3. 갱신헌 간병인지원 질병입원일당(VI)(1일 이상 180일 한도)보장 특별약관	584
3-1. 갱신헌 간병인지원 질병입원일당(VI)(181일 이상)(요양, 정신, 한방병원 제외)보장 특별약관	587
4. 갱신헌 간병인지원 질병입원일당(VI)(1일 이상 180일 한도)Q보장 특별약관	590
5. 갱신헌 질병입원일당(1일 이상 180일 한도, 전환용)보장 특별약관	593
6. 갱신헌 질병입원일당(1일 이상 180일 한도, 전환용)Q보장 특별약관	595
7. 갱신헌 간병인지원 질병입원일당(간호·간병통합서비스 사용 추가보장)(1일 이상 180일 한도)보장 특별약관	596
8. 갱신헌 간병인지원 질병입원일당(간호·간병통합서비스 사용 추가보장)(1일 이상 180일 한도)Q보장 특별약관	599
9. 갱신헌 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(181일 이상)(요양, 정신, 한방병원 제외)보장 특별약관	601
10. 갱신헌 질병입원일당(181일 이상, 전환용)(요양, 정신, 한방병원 제외)보장 특별약관	604
11. 갱신헌 간병인지원 질병입원일당(간호·간병통합서비스 사용 추가보장)(181일 이상)(요양, 정신, 한방병원 제외)보장 특별약관	606

별표 608

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	608

무배당 가전제품 고장수리비용보장 특별약관2404

가입자 유의사항	610
주요내용 요약서	611
보험용어 해설	613

제1절 일반조항 617

제1관 목적 및 용어의 정의	617

제1조(목적)	617
제2조(용어의 정의)	617
제2관 보험금의 지급	617
제3조(보상하는 손해)	617
제4조(보상하지 않는 손해)	617
제5조(지급보험금의 계산)	618
제6조(보험금 지급사유의 통지)	618
제7조(보험금의 청구)	618
제8조(보험금의 지급절차)	618
제9조(보험금 받는 방법의 변경)	619
제10조(주소변경통지)	619
제11조(보험수익자의 지정)	619
제12조(대표자의 지정)	619
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	619
제13조(계약 전 알릴 의무)	619
제14조(알릴 의무 위반의 효과)	620
제15조(사기에 의한 계약)	620
제4관 보험계약의 성립과 유지	620
제16조(보험계약의 성립)	620
제17조(청약의 철회)	621
제18조(약관교부 및 설명의무 등)	621
제19조(계약의 무효)	622
제20조(계약내용의 변경 등)	623
제21조(보험나이 등)	623
제22조(특별약관의 소멸)	623
제5관 보험료의 납입	623
제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	623
제24조(제2회 이후 보험료의 납입)	624
제24조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)	624
제25조(보험료의 자동대출납입)	624
제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	624
제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	624
제28조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	625

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	625
제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	625
제29조의1(위법계약의 해지)	625
제30조(중대사유로 인한 해지)	626
제31조(회사의 파산선고와 해지)	626
제32조(해약환급금)	626
제33조(보험계약대출)	626
제34조(배당금의 지급)	626
제7관 분쟁의 조정 등	626
제35조(분쟁의 조정)	626
제36조(관할법원)	626
제37조(소멸시효)	626
제38조(약관의 해석)	626
제39조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	627
제40조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	627
제41조(회사의 손해배상책임)	627
제42조(개인정보보호)	627
제43조(준거법)	627
제44조(예금보험에 의한 지급보장)	627
제2절 보장조항	628
2-1. 20대가전제품 고장수리비용보장 특별약관	628
2-2. 12대가전제품 고장수리비용보장 특별약관	629
2-3. 신8대가전제품 고장수리비용보장 특별약관	629
【별표】	630

무배당 갱신형 특정치료비보장 특별약관2404

가입자 유의사항	632
주요내용 요약서	634
보험용어 해설	636
제1절 일반조항	639
제1관 목적 및 용어의 정의	639
제1조(목적)	639
제2조(용어의 정의)	639

제2관 보험금의 지급	640
제3조(보험금의 지급사유)	640
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	640
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	640
제6조(보험금 지급사유의 통지)	640
제7조(보험금의 청구)	640
제8조(보험금의 지급절차)	640
제9조(보험금 받는 방법의 변경)	641
제10조(주소변경통지)	641
제11조(보험수익자의 지정)	641
제12조(대표자의 지정)	641
 제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	641
제13조(계약 전 알릴 의무)	641
제14조(알릴 의무 위반의 효과)	642
제15조(사기에 의한 계약)	642
 제4관 보험계약의 성립과 유지	642
제16조(보험계약의 성립)	642
제17조(청약의 철회)	643
제18조(약관교부 및 설명의무 등)	643
제19조(계약의 무효)	644
제20조(계약내용의 변경 등)	644
제21조(보험나이 등)	645
제22조(특별약관의 소멸)	645
제23조(특별약관의 자동갱신)	645
제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)	645
제25조(자동갱신 적용)	646
 제5관 보험료의 납입	646
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	646
제27조(제2회 이후 보험료의 납입)	646
제27조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)	646
제28조(보험료의 자동대출납입)	646
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	646
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	647
제31조(강제징행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	647

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	647
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	647
제32조의1(위법계약의 해지)	648
제33조(중대사유로 인한 해지)	648
제34조(회사의 파산선고와 해지)	648
제35조(해약환급금)	648
제36조(보험계약대출)	648
제37조(배당금의 지급)	648

제7관 분쟁의 조정 등	649
제38조(분쟁의 조정)	649
제39조(관할법원)	649
제40조(소멸시효)	649
제41조(약관의 해석)	649
제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	649
제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	649
제44조(회사의 손해배상책임)	649
제45조(개인정보보호)	650
제46조(준거법)	650
제47조(예금보험에 의한 지급보장)	650

제2절 보장조항 650

2-1. 갱신형 표적항암약물허가치료비 II 보장 특별약관	650
2-2. 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비 II (연간1회한)보장 특별약관	654
2-3. 갱신형 항암양성자방사선치료비보장 특별약관	657
2-4. 갱신형 항암세기조절방사선치료비보장 특별약관	660
2-5. 갱신형 다빈치로봇 암수술비보장 특별약관	662
2-6. 갱신형 특정질환3대치료비보장 특별약관	666
2-7. 갱신형 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)보장 특별약관	670
2-8. 갱신형 특정면역항암약물허가치료비보장 특별약관	671
2-9. 갱신형 계속받는 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)보장 특별약관	675
2-10. 갱신형 체외충격파쇄석술치료비(급여,연간1회한)보장 특별약관	678
2-11. 갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비(1-3종, 연간1회한)보장 특별약관	680
2-12. 갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비(1-4종, 연간1회한)보장 특별약관	684
2-13. 갱신형 표적항암약물허가치료비 II(비급여)보장 특별약관	689
2-14. 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비 II(연간1회한)(비급여)보장 특별약관	693

별표 698

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	698
【별표2】 악성신생물(암) 분류표	698
【별표3】 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명	699
【별표4】 감상선허정질환 분류표	702
【별표5】 유방특정질환 분류표	702
【별표6】 자궁근종 분류표	703
【별표7】 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명	703
【별표8】 특정 곤굴 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료 분류표	704
【별표9】 특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료 분류표	705
【별표10】 특정 여성 비요생식기질환 비급여, 신의료기술치료 분류표	706

무배당 갱신허 검사비보장 특별약관2404

가입자 유의사항	709
주요내용 요약서	711
보험용어 해설	713

제1절 일반조항 717

제1관 목적 및 용어의 정의	717
제1조(목적)	717
제2조(용어의 정의)	717

제2관 보험금의 지급	718
제3조(보험금의 지급사유)	718
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	718
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	718
제6조(보험금 지급사유의 통지)	718
제7조(보험금의 청구)	718
제8조(보험금의 지급절차)	718
제9조(보험금 받는 방법의 변경)	719
제10조(주소변경통지)	719
제11조(보험수익자의 지정)	719
제12조(대표자의 지정)	719

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	719
제13조(계약 전 알릴 의무)	719
제14조(알릴 의무 위반의 효과)	720

제15조(사기에 의한 계약)	720
제4관 보험계약의 성립과 유지	720
제16조(보험계약의 성립)	720
제17조(청약의 철회)	721
제18조(약관교부 및 설명의무 등)	721
제19조(계약의 무효)	722
제20조(계약내용의 변경 등)	723
제21조(보험나이 등)	723
제22조(특별약관의 소멸)	723
제23조(특별약관의 자동갱신)	723
제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)	723
제25조(자동갱신 적용)	724
제5관 보험료의 납입	724
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	724
제27조(제2회 이후 보험료의 납입)	724
제27조의1(보험료의 납입연체에 관한사항)	724
제28조(보험료의 자동대출납입)	724
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	724
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	725
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	725
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	726
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	726
제32조의1(위법계약의 해지)	726
제33조(중대사유로 인한 해지)	726
제34조(회사의 파산선고와 해지)	726
제35조(해약환급금)	726
제36조(보험계약대출)	726
제37조(배당금의 지급)	727
제7관 분쟁의 조정 등	727
제38조(분쟁의 조정)	727
제39조(관할법원)	727
제40조(소멸시효)	727
제41조(약관의 해석)	727
제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	727

제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	727
제44조(회사의 손해배상책임)	728
제45조(개인정보보호)	728
제46조(준거법)	728
제47조(예금보험에 의한 지급보장)	728

제2절 보장조항 729

2-1. 갱신형 3대질환 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	729
2-2. 갱신형 양전자단층촬영(PET)검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	730
2-3. 갱신형 부정맥질환특정검사비보장 특별약관	732

별표 734

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	734
【별표2】 악성신생물(암) 분류표	734
【별표3】 제자리신생물 분류표	735
【별표4】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	736
【별표5】 뇌혈관질환 분류표	736
【별표6】 허혈성심장질환 분류표	737
【별표7】 부정맥질환 분류표	737
【별표8】 부정맥질환특정검사(급여) 분류표	738

무배당 갱신형 암 검사및치료추가보장 특별약관2404

가입자 유의사항	740
주요내용 요약서	742
보험용어 해설	744

제1절 일반조항 747

제1관 목적 및 용어의 정의	747
제1조(목적)	747
제2조(용어의 정의)	747

제2관 보험금의 지급	748
제3조(보험금의 지급사유)	748
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	748
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	748
제6조(보험금 지급사유의 통지)	748

제7조(보험금의 청구)	748
제8조(보험금의 지급절차)	748
제9조(보험금 받는 방법의 변경)	749
제10조(주소변경통지)	749
제11조(보험수익자의 지정)	749
제12조(대표자의 지정)	749
 제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	 749
제13조(계약 전 알릴 의무)	749
제14조(알릴 의무 위반의 효과)	750
제15조(사기에 의한 계약)	750
 제4관 보험계약의 성립과 유지	 750
제16조(보험계약의 성립)	750
제17조(청약의 철회)	751
제18조(약관교부 및 설명의무 등)	751
제19조(계약의 무효)	752
제20조(계약내용의 변경 등)	752
제21조(보험나이 등)	753
제22조(특별약관의 소멸)	753
제23조(특별약관의 자동갱신)	753
제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)	753
제25조(자동갱신 적용)	753
 제5관 보험료의 납입	 754
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	754
제27조(제2회 이후 보험료의 납입)	754
제27조의1(보험료의 납입연체에 관한사항)	754
제28조(보험료의 자동대출납입)	754
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	754
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	755
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	755
 제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	 755
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	755
제32조의1(위법계약의 해지)	756
제33조(중대사유로 인한 해지)	756
제34조(회사의 파산선고와 해지)	756

제35조(해약환급금)	756
제36조(보험계약대출)	756
제37조(배당금의 지급)	756

제7관 분쟁의 조정 등	756
제38조(분쟁의 조정)	756
제39조(관할법원)	757
제40조(소멸시효)	757
제41조(약관의 해석)	757
제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	757
제43조(법령 등의 개정 등에 따른 계약내용의 변경)	757
제44조(회사의 손해배상책임)	757
제45조(개인정보보호)	757
제46조(준거법)	758
제47조(예금보험에 의한 지급보장)	758

제2절 보장조항 758

2-1. 갱신형 특정생검조직병리검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	758
2-2. 갱신형 특정NGS유전자패널검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	760
2-3. 갱신형 암 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	762
2-4. 갱신형 암 양전자단층촬영(PET)검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	763
2-5. 갱신형 유방암 유방재건수술비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	765
2-6. 갱신형 폴립및양성종양수술비(1~6종)(급여, 연간1회한)보장 특별약관	767
2-7. 갱신형 뇌경위적방사선수술비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	768
2-8. 갱신형 특정호르몬약물허가치료비보장 특별약관	770
2-9. 갱신형 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)보장 특별약관	776
2-10. 갱신형 암 내시경검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	779

별표 781

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	781
【별표2】 악성신생물(암) 분류표	781
【별표3】 제자리신생물 분류표	782
【별표4】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	783
【별표5】 유방암 분류표	783
【별표6】 폴립및양성종양수술(급여, 1~6종) 분류표	784
【별표7】 특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명	787
【별표8】 갑상선 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명	788

무배당 3대질병진단비보장(A) 특별약관2407(알돌형)

가입자 유의사항	790
주요내용 요약서	792
보험용어 해설	794

제1절 일반조항 797

제1관 목적 및 용어의 정의	797
제1조(목적)	797
제2조(용어의 정의)	797

제2관 보험금의 지급	798
제3조(보험금의 지급사유)	798
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	798
제5조(보험금 지급사유 등의 통지)	798
제6조(보험금 등의 청구)	798
제7조(보험금의 지급절차)	798
제8조(보험금 받는 방법의 변경)	799
제9조(주소변경통지)	799
제10조(보험수익자의 지정)	799
제11조(대표자의 지정)	799

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	799
제12조(계약 전 알릴 의무)	799
제13조(알릴 의무 위반의 효과)	800
제14조(사기에 의한 계약)	800

제4관 보험계약의 성립과 유지	800
제15조(보험계약의 성립)	800
제16조(청약의 철회)	801
제17조(약관교부 및 설명의무 등)	801
제18조(계약의 무효)	802
제19조(계약내용의 변경 등)	802
제20조(보험나이 등)	803
제21조(특별약관의 소멸)	803

제5관 보험료의 납입	803

제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	803
제23조(제2회 이후 보험료의 납입)	804
제24조(보험료의 납입면제)	804
제25조(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)	804
제26조(납입면제에 관한 세부규정)	805
제27조(보험료의 자동대출납입)	806
제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	806
제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	806
제30조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	807
 제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	807
제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	807
제32조(중대사유로 인한 해지)	807
제32조의1(위법계약의 해지)	807
제33조(회사의 파산선고와 해지)	808
제34조(해약환급금)	808
제35조(보험계약대출)	808
제36조(배당금의 지급)	808
 제7관 분쟁의 조정 등	808
제37조(분쟁의 조정)	808
제38조(관할법원)	809
제39조(소멸시효)	809
제40조(약관의 해석)	809
제41조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	809
제42조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	809
제43조(회사의 손해배상책임)	809
제44조(개인정보보호)	809
제45조(준거법)	810
제46조(예금보험에 의한 지급보장)	810
 제2절 보장조항	810
1. 암진단비(유사암제외)보장 특별약관	810
2. 암진단비(유사암 및 소액암 제외)보장 특별약관	812
3. 통합암진단비(유사암제외)보장 특별약관	814
4. 유사암진단비보장 특별약관	816
5. 유사암진단비Ⅱ 보장 특별약관	818

6. 전이암진단비보장 특별약관	820
7. 뇌졸중진단비보장 특별약관	821
8. 뇌졸중진단비 II 보장 특별약관	822
9. 뇌혈관질환진단비보장 특별약관	823
10. 뇌혈관질환진단비 II 보장 특별약관	824
11. 급성심근경색증진단비보장 특별약관	825
12. 급성심근경색증진단비 II 보장 특별약관	826
13. 허혈성심장질환진단비보장 특별약관	827
14. 허혈성심장질환진단비 II 보장 특별약관	828

별표 829

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	829
【별표2】 장애분류표	830
【별표3】 악성신생물(암) 분류표	843
【별표4】 뇌혈관질환 분류표	844
【별표5】 허혈성심장질환 분류표	844
【별표6】 뇌졸중대상질병 분류표	845
【별표7】 급성심근경색증대상질병 분류표	845
【별표8】 말기폐질환(End Stage Lung Disease)	846
【별표9】 말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis)	847
【별표10】 제자리신생물 분류표	847
【별표11】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	848
【별표12】 통합암(유사암제외) 분류표	848
【별표13】 전이암 분류표	850

무배당 질병수술비보장(A) 특별약관2404(알뜰형)

가입자 유의사항	852
주요내용 요약서	854
보험용어 해설	856

제1절 일반조항 859

제1관 목적 및 용어의 정의	859
제1조(목적)	859
제2조(용어의 정의)	859

제2관 보험금의 지급	860

제3조(보험금의 지급사유)	860
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	860
제5조(수술의 정의와 장소)	860
제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)	860
제7조(보험금 지급사유 등의 통지)	861
제8조(보험금 등의 청구)	861
제9조(보험금의 지급절차)	861
제10조(보험금 받는 방법의 변경)	861
제11조(주소변경통지)	861
제12조(보험수익자의 지정)	862
제13조(대표자의 지정)	862
 제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	 862
제14조(계약 전 알릴 의무)	862
제15조(알릴 의무 위반의 효과)	862
제16조(사기에 의한 계약)	863
 제4관 보험계약의 성립과 유지	 863
제17조(보험계약의 성립)	863
제18조(청약의 철회)	864
제19조(약관교부 및 설명의무 등)	864
제20조(계약의 무효)	865
제21조(계약내용의 변경 등)	865
제22조(보험나이 등)	866
제23조(특별약관의 소멸)	866
 제5관 보험료의 납입	 866
제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	866
제25조(제2회 이후 보험료의 납입)	866
제26조(보험료의 납입면제)	866
제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)	867
제26조의2(납입면제에 관한 세부규정)	868
제27조(보험료의 자동대출납입)	869
제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	869
제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	869
제30조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	869

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	870
제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	870
제32조(중대사유로 인한 해지)	870
제32조의1(위법계약의 해지)	870
제33조(회사의 파산선고와 해지)	870
제34조(해약환급금)	871
제35조(보험계약대출)	871
제36조(배당금의 지급)	871

제7관 분쟁의 조정 등	871
제37조(분쟁의 조정)	871
제38조(관할법원)	871
제39조(소멸시효)	871
제40조(약관의 해석)	871
제41조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	872
제42조(법령 등의 개정 등에 따른 계약내용의 변경)	872
제43조(회사의 손해배상책임)	872
제44조(개인정보보호)	872
제45조(준거법)	872
제46조(예금보험에 의한 지급보장)	872

제2절 보장조항 873

1. 질병수술비(특정5대질병 제외)보장 특별약관	873
2. 질병수술비보장 특별약관	875
3. 131대질병수술비보장 특별약관	876

별표 878

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	878
【별표2】 장애분류표	879
【별표3】 악성신생물(암) 분류표	892
【별표4】 뇌졸중 분류표	893
【별표5】 급성심근경색증 분류표	893
【별표6】 말기폐질환(End Stage Lung Disease)	894
【별표7】 말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis)	895
【별표8】 심장질환 분류표	896
【별표9】 뇌혈관질환 분류표	896
【별표10】 특정31대질병 분류표	897
【별표11】 다빈도62대질병 분류표	899

【별표12】 유방의장애 분류표	903
【별표13】 편도염 분류표	903
【별표14】 특정다빈도29대질병 분류표	904
【별표15】 후각특정질환 분류표	905
【별표16】 관절염,생식기질환 분류표	905
【별표17】 치핵 분류표	906
【별표18】 백내장 분류표	906

무배당 수술비(1~7종, 연간3회한)(질병)보장 특별약관2404(알뜰형)

가입자 유의사항	908
주요내용 요약서	910
보험용어 해설	912
 제1관 목적 및 용어의 정의	915
제1조(목적)	915
제2조(용어의 정의)	915
 제2관 보험금의 지급	916
제3조(보험금의 지급사유)	916
제4조(수술의 정의와 장소)	917
제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)	917
제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)	918
제7조(보험금 지급사유 등의 통지)	918
제8조(보험금 등의 청구)	918
제9조(보험금의 지급절차)	919
제10조(보험금 받는 방법의 변경)	919
제11조(주소변경통지)	919
제12조(보험수익자의 지정)	919
제13조(대표자의 지정)	919
 제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	920
제14조(계약 전 알릴 의무)	920
제15조(알릴 의무 위반의 효과)	920
제16조(사기에 의한 계약)	921

제4관 보험계약의 성립과 유지	921
제17조(보험계약의 성립)	921
제18조(청약의 철회)	921
제19조(약관교부 및 설명의무 등)	922
제20조(계약의 무효)	922
제21조(계약내용의 변경 등)	923
제22조(보험나이 등)	924
제23조(특별약관의 소멸)	924
제5관 보험료의 납입	924
제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	924
제25조(제2회 이후 보험료의 납입)	924
제26조(보험료의 납입면제)	924
제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)	925
제26조의2(납입면제에 관한 세부규정)	926
제27조(보험료의 자동대출납입)	926
제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	927
제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	927
제30조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	927
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	928
제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	928
제32조(중대사유로 인한 해지)	928
제32조의1(위법계약의 해지)	928
제33조(회사의 파산선고와 해지)	928
제34조(해약환급금)	929
제35조(보험계약대출)	929
제36조(배당금의 지급)	929
제7관 분쟁의 조정 등	929
제37조(분쟁의 조정)	929
제38조(관할법원)	929
제39조(소멸시효)	929
제40조(약관의 해석)	929
제41조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	930
제42조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	930
제43조(회사의 손해배상책임)	930

제44조(개인정보보호)	930
제45조(준거법)	930
제46조(예금보험에 의한 지급보장)	930

별표 932

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	932
【별표2】 장애분류표	932
【별표3】 악성신생물(암) 분류표	945
【별표4】 뇌졸중대상질병 분류표	946
【별표5】 급성심근경색증대상질병 분류표	947
【별표6】 말기폐질환(End Stage Lung Disease)	947
【별표7】 말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis)	948
【별표8】 1~7종 수술분류표	949

무배당 2대질환수술비보장 특별약관2404(알뜰형)

가입자 유의사항	965
주요내용 요약서	967
보험용어 해설	969

제1절 일반조항 973

제1관 목적 및 용어의 정의	973
제1조(목적)	973
제2조(용어의 정의)	973

제2관 보험금의 지급	974
제3조(보험금의 지급사유)	974
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	974
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	974
제6조(보험금 지급사유 등의 통지)	974
제7조(보험금 등의 청구)	974
제8조(보험금의 지급절차)	974
제9조(보험금 받는 방법의 변경)	975
제10조(주소변경통지)	975
제11조(보험수익자의 지정)	975
제12조(대표자의 지정)	975

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	975
제13조(계약 전 알릴 의무)	975
제14조(알릴 의무 위반의 효과)	976
제15조(사기에 의한 계약)	976
제4관 보험계약의 성립과 유지	977
제16조(보험계약의 성립)	977
제17조(청약의 철회)	977
제18조(약관교부 및 설명의무 등)	978
제19조(계약의 무효)	978
제20조(계약내용의 변경 등)	979
제21조(보험나이 등)	979
제22조(특별약관의 소멸)	980
제5관 보험료의 납입	980
제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	980
제24조(제2회 이후 보험료의 납입)	980
제25조(보험료의 납입면제)	980
제26조(납입면제에 관한 세부규정)	980
제27조(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)	981
제28조(보험료의 자동대출납입)	982
제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	982
제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	983
제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	983
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	984
제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	984
제32조의1(위법계약의 해지)	984
제33조(중대사유로 인한 해지)	984
제34조(회사의 파산선고와 해지)	984
제35조(해약환급금)	984
제36조(보험계약대출)	985
제37조(배당금의 지급)	985
제7관 분쟁의 조정 등	985
제38조(분쟁의 조정)	985
제39조(관할법원)	985

제40조(소멸시효)	985
제41조(약관의 해석)	985
제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	986
제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	986
제44조(회사의 손해배상책임)	986
제45조(개인정보보호)	986
제46조(준거법)	986
제47조(예금보험에 의한 지급보장)	986

제2절 보장조항 987

1. 뇌혈관질환수술비보장 특별약관	987
2. 허혈성심장질환수술비보장 특별약관	988
3. 뇌혈관질환수술비(25%체증형)보장 특별약관	990
4. 허혈성심장질환수술비(25%체증형)보장 특별약관	991

별표 993

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	993
【별표2】 장애분류표	994
【별표3】 악성신생물(암) 분류표	1007
【별표4】 뇌혈관질환 분류표	1008
【별표5】 허혈성심장질환 분류표	1009
【별표6】 뇌졸중대상질환 분류표	1009
【별표7】 급성심근경색증대상질환 분류표	1010
【별표8】 말기폐질환(End Stage Lung Disease)	1010
【별표9】 말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis)	1011

무배당 갱신형 산정특례 진단비보장 특별약관2404(기본가입형)

가입자 유의사항	1013
주요내용 요약서	1015
보험용어 해설	1017

제1절 일반조항 1021

제1관 목적 및 용어의 정의	1021
제1조(목적)	1021
제2조(용어의 정의)	1021

제2관 보험금의 지급	1022
제3조(보험금의 지급사유)	1022
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	1022
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	1022
제6조(보험금 지급사유의 통지)	1022
제7조(보험금의 청구)	1022
제8조(보험금의 지급절차)	1022
제9조(보험금 받는 방법의 변경)	1023
제10조(주소변경통지)	1023
제11조(보험수익자의 지정)	1023
제12조(대표자의 지정)	1023
 제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	 1023
제13조(계약 전 알릴 의무)	1023
제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)	1024
제15조(알릴 의무 위반의 효과)	1025
제16조(사기에 의한 계약)	1025
 제4관 보험계약의 성립과 유지	 1025
제17조(보험계약의 성립)	1025
제18조(청약의 철회)	1026
제19조(약관교부 및 설명의무 등)	1026
제20조(계약의 무효)	1027
제21조(계약내용의 변경 등)	1028
제22조(보험나이 등)	1028
제23조(특별약관의 소멸)	1028
제24조(특별약관의 자동갱신)	1028
제25조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)	1029
제26조(자동갱신 적용)	1029
 제5관 보험료의 납입	 1029
제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	1029
제28조(제2회 이후 보험료의 납입)	1029
제28조의1(보험료의 납입면제에 관한 사항)	1029
제29조(보험료의 자동대출납입)	1029
제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	1029
제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	1030
제32조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	1030

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	1031
제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	1031
제33조의1(위법계약의 해지)	1031
제34조(중대사유로 인한 해지)	1031
제35조(회사의 파산선고와 해지)	1031
제36조(해약환급금)	1031
제37조(보험계약대출)	1032
제38조(배당금의 지급)	1032

제7관 분쟁의 조정 등	1032
제39조(분쟁의 조정)	1032
제40조(관할법원)	1032
제41조(소멸시효)	1032
제42조(약관의 해석)	1032
제43조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	1032
제44조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	1032
제45조(회사의 손해배상책임)	1033
제46조(개인정보보호)	1033
제47조(준거법)	1033
제48조(예금보험에 의한 지급보장)	1033

제2절 보장조항 1034

2-1. 갱신형 통합 산정특례 진단비보장 특별약관	1034
2-2. 갱신형 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상 진단비보장 특별약관	1041
2-3. 갱신형 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특별약관	1043
2-4. 갱신형 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특별약관	1045
2-5. 갱신형 중증화상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특별약관	1046
2-6. 갱신형 중증외상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특별약관	1047

별표 1049

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	1049
【별표2】 암 산정특례관련 질병 분류표	1049
【별표3】 통합질환 산정특례대상 분류표	1051
【별표3-1】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병	1053
【별표3-2】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술	1053
【별표4-1】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병	1054
【별표4-2】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술	1054
【별표4-3】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 억제성분	1056

【별표5】 본인일부부담금 산정특례 중증난치질환자(중증치매제외)의 상병	1056
【별표6】 본인일부부담금 산정특례 희귀질환자의 상병	1060
【별표7】 본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병 및 수술명	1069
【별표8】 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상 분류표	1070
【별표9】 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 분류표	1071
【별표10】 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 분류표	1072
【별표11】 중증화상환자 산정특례대상 분류표	1072
【별표12】 중증외상환자 산정특례대상 분류표	1073

무배당 갱신형 6대심장질환진단비보장 특별약관2404

가입자 유의사항	1075
주요내용 요약서	1077
보험용어 해설	1079

제1절 일반조항 1083

제1관 목적 및 용어의 정의	1083
제1조(목적)	1083
제2조(용어의 정의)	1083

제2관 보험금의 지급 1084

제3조(보험금의 지급사유)	1084
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	1084
제5조(보험금 지급사유의 통지)	1084
제6조(보험금의 청구)	1084
제7조(보험금의 지급절차)	1084
제8조(보험금 받는 방법의 변경)	1085
제9조(주소변경통지)	1085
제10조(보험수익자의 지정)	1085
제11조(대표자의 지정)	1085

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 1085

제12조(계약 전 알릴 의무)	1085
제13조(알릴 의무 위반의 효과)	1086
제14조(사기에 의한 계약)	1086

제4관 보험계약의 성립과 유지 1086

제15조(보험계약의 성립)	1086
제16조(청약의 철회)	1087
제17조(약관교부 및 설명의무 등)	1087
제18조(계약의 무효)	1088
제19조(계약내용의 변경 등)	1088
제20조(보험나이 등)	1089
제21조(특별약관의 소멸)	1089
제22조(특별약관의 자동갱신)	1089
제23조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)	1089
제24조(자동갱신 적용)	1089
 제5관 보험료의 납입	 1090
제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	1090
제26조(제2회 이후 보험료의 납입)	1090
제26조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)	1090
제27조(보험료의 자동대출납입)	1090
제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	1090
제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	1091
제30조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	1091
 제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	 1091
제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	1091
제31조의1(위법계약의 해지)	1092
제32조(중대사유로 인한 해지)	1092
제33조(회사의 파산선고와 해지)	1092
제34조(해약환급금)	1092
제35조(보험계약대출)	1092
제36조(배당금의 지급)	1092
 제7관 분쟁의 조정 등	 1093
제37조(분쟁의 조정)	1093
제38조(관할법원)	1093
제39조(소멸시효)	1093
제40조(약관의 해석)	1093
제41조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	1093
제42조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	1093
제43조(회사의 손해배상책임)	1093
제44조(개인정보보호)	1094

제45조(준거법)	1094
제46조(예금보험에 의한 지급보장)	1094

제2절 보장조항 1094

2-1. 갹신헌 6대심장질환진단비보장 특별약관	1094
2-2. 갹신헌 6대심장질환진단비Ⅱ 보장 특별약관	1095

별표 1097

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	1097
【별표2】 6대심장질환 분류표	1097

무배당 운전자 비용 및 상해보장 특별약관2404

가입자 유의사항	1100
주요내용 요약서	1101
보험용어 해설	1103

제1절 일반조항 1107

제1관 목적 및 용어의 정의	1107
제1조(목적)	1107
제2조(용어의 정의)	1107

제2관 보험금의 지급	1107
제3조(보험금의 지급사유)	1107
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	1107
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	1107
제6조(보험금 지급사유의 통지)	1108
제7조(보험금의 청구)	1108
제8조(보험금의 지급절차)	1108
제9조(보험금 받는 방법의 변경)	1109
제10조(주소변경통지)	1109
제11조(보험수익자의 지정)	1109
제12조(대표자의 지정)	1109

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	1109
제13조(계약 전 알릴 의무)	1109
제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)	1110

제15조(알릴 의무 위반의 효과)	1111
제16조(사기에 의한 계약)	1111
제4관 보험계약의 성립과 유지	1111
제17조(보험계약의 성립)	1111
제18조(청약의 철회)	1112
제19조(약관교부 및 설명의무 등)	1112
제20조(계약의 무효)	1113
제21조(계약내용의 변경 등)	1114
제22조(보험나이 등)	1114
제23조(특별약관의 소멸)	1114
제5관 보험료의 납입	1114
제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	1114
제25조(제2회 이후 보험료의 납입)	1115
제25조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)	1115
제26조(보험료의 자동대출납입)	1115
제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	1115
제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	1116
제29조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	1116
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	1116
제30조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	1116
제30조의1(위법계약의 해지)	1116
제31조(중대사유로 인한 해지)	1117
제32조(회사의 파산선고와 해지)	1117
제33조(해약환급금)	1117
제34조(보험계약대출)	1117
제35조(배당금의 지급)	1117
제7관 분쟁의 조정 등	1117
제36조(분쟁의 조정)	1117
제37조(관할법원)	1117
제38조(소멸시효)	1117
제39조(약관의 해석)	1118
제40조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	1118
제41조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	1118
제42조(회사의 손해배상책임)	1118

제43조(개인정보보호)	1118
제44조(준거법)	1118
제45조(예금보험에 의한 지급보장)	1118

제2절 보장조항 1119

1. 운전자용 벌금(Ⅱ)보장 특별약관	1119
2. 운전자용 벌금(대물)보장 특별약관	1121
3. 교통사고 처리지원금(VI)보장 특별약관	1122
4. 교통사고 처리지원금(Ⅲ)(중대법규위반,6주미만)보장 특별약관	1125
5. 자동차사고 변호사선임비용(타인사망,중대법규위반및중상해경찰조사포함)보장 특별약관	1127
6. 운전자용 자동차사고부상치료비(Ⅱ)보장 특별약관	1130
7. 비운전자용 자동차사고부상치료비(Ⅱ)보장 특별약관	1131
8. 운전자용 교통상해사망보장 특별약관	1132
9. 비운전자용 교통상해사망보장 특별약관	1134
10. 운전자용 교통상해후유장해(3~100%)보장 특별약관	1135
11. 비운전자용 교통상해후유장해(3~100%)보장 특별약관	1136

별표 1138

【별표1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	1138
【별표2】 장애분류표	1138
【별표3】 자동차사고 부상 등급표	1151

■ 색인 1159

무배당 메리츠 The 좋은 알뜰한보장보험2407

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

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

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일, 5대고액치료비암보장개시일, 16대특정암보장개시일, 유사암보장개시일, 대상포진보장개시일, 대상포진뇌병보장개시일, 통풍보장개시일, 갑상선암(초기제외)보장개시일, 지방간대상질병보장개시일은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 경증이상 치매보장개시일, 중등도이상 치매보장개시일, 요로결석보장개시일은 계약일을 기준으로 부활(효력회복)일을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

- 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.
- 계약의 해약환급금은 보험금 지급이나 계약체결/관리비용 지출 등으로 인하여 납입하신 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.
- 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」 보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우 아래의 금액을 해약환급금으로 합니다.

운영 구분	해약환급금
1종 (해약환급금미지급형(납입후50%))	「해약환급금미지급형 비교상품」 상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액

- 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))의 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」은 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))과 동일한 보장 내용의 상품이며, 그 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)을 「해약환급금미지급형 비교상품」과 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

- 계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일/수술일이 계약일로부터 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.

○ 질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 약관에 따라 보험금 지급사유 발생일이 계약일로부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

○ 수술 관련 보장

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

○ 입원 관련 보장

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

○ 배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 1) 1형(보험료 납입면제 미적용형) : 해당사항 없음
- 2) 2형(보험료 납입면제형)
 - 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 - ① 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」로 진단확정되었을 경우
 - ② 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우
 - ③ 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우
 - ④ 「말기폐질환」으로 진단확정되었을 경우
 - ⑤ 「말기간경화」으로 진단확정되었을 경우
 - ⑥ 「말기신부전증」으로 진단확정되었을 경우
 - ⑦ 상해로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
 - ⑧ 진단확정된 질병으로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- 약관에 따라 보통약관의 보장보험료가 납입면제되는 경우에도 불구하고 일부 특별약관의 경우 보장보험료 납입면제가 제외되어 보장보험료를 납입하여야 합니다.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

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

3. 계약취소

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

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

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

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

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

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

이 계약은 피보험자가 사망한 경우, 그때부터 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음

성낙음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

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

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

8. 계약 전 · 후 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.
 - 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
 - ① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - (1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - (2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - (3) 현재의 직업을 그만둔 경우
 - ② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 - ③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 - ④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)
 - 보험의 목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우, 보험의 목적을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
 - 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 경우 또는 변경이 생겼음을 알게 된 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
- 3) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 적용이 제한될 수 있습니다.
 - ※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급일일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

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

10. 대위권

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

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

보험용어 해설

○ 약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

보험계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료

○ 보험금

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

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

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

○ 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출 방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

○ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

**무배당 메리츠 The 좋은 알뜰한보장보험2407
보통약관**

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 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

① 계약관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
기본계약	계약자와 회사가 체결한 계약내용 중 보통약관에 해당하는 부분을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사건의 대상이 되는 사람을 말합니다.
1형(보험료 납입면제 미적용형)	제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않는 계약을 말합니다.
2형(보험료 납입면제형)	제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)에 의하여 납입면제가 적용되는 계약을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
장해	【별표2(장해분류표)】에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

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

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

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

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

③ 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.75%입니다.
계약자 적립액	장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

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

원금 100원, 이자를 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

④ 기간과 날짜 관련 용어

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

⑤ 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 금액으로 기본계약 보험료와 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관 보험료의 합계액을 말합니다.
기본계약 보험료	계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

【보험료】

보험료는 계약자가 계약에 따라 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말합니다.

또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 위험보험료와 회사의 사업경비를 위한 부가보험료로 구성됩니다.

보험료 = 위험보험료 + 부가보험료

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 지급사유) 「사망」에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

【민법 제27조(실종의 선고)】

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

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

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 임산, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 손해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제6조(보험금 지급사유 등의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 지급사유의 발생을 알게된 경우 또는 제26조(보험료의 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 알게된 경우에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금 등의 청구)

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

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

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

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원

제8조(보험금의 지급절차)

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

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상

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

- ① 소송제기
- ② 분쟁조정 신청
- ③ 수사기관의 조사
- ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
- ⑥ 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

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

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

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

【가지급보험금】

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

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

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

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

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정 상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

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

제12조(대표자의 지정)

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

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

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

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

【연대】

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

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

【계약 전 알릴 의무】

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

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

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

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

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

제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경

1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우

2) 직업이 없는 자가 취직한 경우

3) 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】

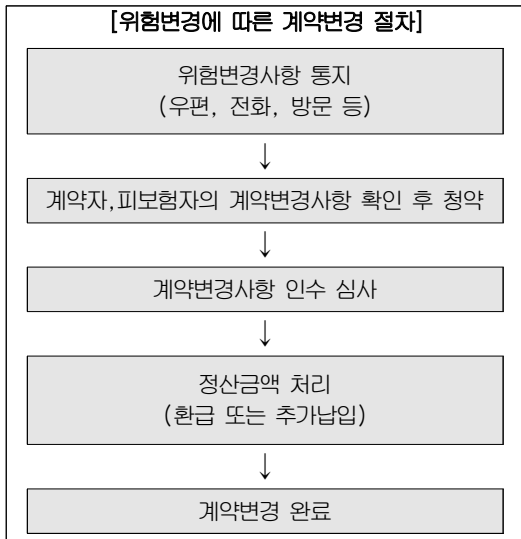
- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분
에 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

- ② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가
용으로 변경 등
- ③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운
전자로 변경 등
- ④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전
동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는
자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로
사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등
으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다
만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의사
차는 제외합니다.)
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한
경우에는 제2조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을
변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감
소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위
한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산
금액(이하 「정산금액」이라 합니다)을 환급하여 드립니
다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산
금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납
입하여야 합니다.

【위험변경시 해약환급금 정산】

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후 기
간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로
계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금
액이 발생할 수 있습니다. 1종(해약환급금미지급형
(납입후50%))의 경우에도 추가로 납입하여야 할(또
는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

【계약자적립액】

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

- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야
할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니
다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가
되기 전에 적용된 보험요율(이하 「변경전 요율」이라 합
니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하
「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금
을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이
발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니
다.

【비례보상 예시】

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수
1급 → 2급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변
경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가
발생한 경우

- 상해사망 가입금액 : 1억원
 - 상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5
- ⇒ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원 ×
(0.3 ÷ 0.5) = 6천만원

- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1
항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경
후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경
사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에
게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을
지급합니다.

【중대한 과실】

주의의무의 위반이 현저한 과실, 즉 현저한 부주의,
태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피
해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조치 태만
히 한 높은 강도의 주의의무위반

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발
생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

- ① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로
제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가
중요한 사항에 해당하는 경우
- ② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(상해보험계약
후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무

를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

- ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
- ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
- ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
- ④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
- ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해약환급금)제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급하거나, 보험료 납입면제를 적용합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하거나, 보험료 납입면제를 적용

합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급 또는 보험료 납입면제를 거절하지 않습니다.

⑧ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제16조(사기에 의한 계약)

① 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 계약일부 터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

③ 보험료 납입이 면제된 경우 제2항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제17조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

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

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

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

【보험금 삭감】

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

【보험료 할증】

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

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

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

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

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

⑦ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터

15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】

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

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

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

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

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

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

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

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

① 서면교부

② 우편 또는 전자우편

③ 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

【약관의 중요한 내용에서】

- 청약의 철회에 관한 사항

- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급 제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

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

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

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

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

【자필서명】

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

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

"전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

- 가. 서명자의 신원
- 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은

기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수 보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과 기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

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

제20조(계약의 무효)

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

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- ② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- ③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한 다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

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

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조 제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

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

제21조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 1종(해약환급금 미지급형(납입후50%))의 경우 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경 및 보험가입금액의 증액은 신청할 수 없습니다.

- ① 보험기간
- ② 보험료 납입방법 및 납입기간
- ③ 계약자, 피보험자
- ④ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

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

【부가설명】

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

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

【감액】

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

- ④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제22조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당 일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일
현재(계약일) : 2023년 4월 14일
⇒ 2023년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
= 34년 6월 12일 = 35세

【계약해당일】

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

예시) 계약일 : 2020년 10월 1일 → 계약해당일 : 10월 1일
계약일 : 2020년 2월 28일 → 계약해당일 : 2월 말일

제23조(계약의 소멸)

① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 계약이 소멸된 때에는 회사는 제3조(보험금의 지급사유)의 해약환급금을 지급하지 않으며, 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

【계약자적립액】

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

③ 피보험자가 상해 이외의 사유로 사망한 경우에는 이 계약은 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 계약의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5관 보험료의 납입

제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

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

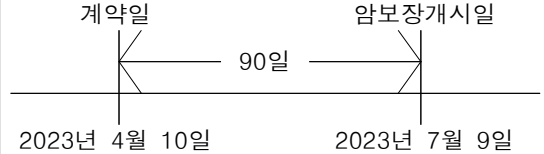
③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을

받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에도 불구하고 이 계약에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.(이하 「암보장개시일」이라 합니다)

【암보장개시일 [예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제25조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제26조(보험료의 납입면제)

① 회사는 피보험자가 2형(보험료 납입면제형) 가입시 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보험료의 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우
- ③ 피보험자가 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우
- ④ 피보험자가 「말기폐질환」으로 진단확정되었을 경우
- ⑤ 피보험자가 「말기간경화」으로 진단확정되었을 경우
- ⑥ 피보험자가 「말기신부전증」으로 진단확정되었을 경우
- ⑦ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ⑧ 피보험자가 진단확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 아래의 보험료 납입면제 제외대상 특별약관은 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

【보험료 납입면제 제외대상 특별약관】

50%이상후유장해 및 6대질병진단(페이백 기본형)보장 특약
보험료납입지원(유사암진단)보장 특약

③ 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에

보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제29조(보험료의 납입)에 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

⑤ 이 계약에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표6(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

⑥ 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 이 계약에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표7(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

⑧ 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑨ 이 계약에서 「말기폐질환」이라 함은 【별표13(말기폐질환)】에서 정한 「말기폐질환」을 말합니다.

⑩ 이 계약에서 「말기간경화」라 함은 【별표14(말기간경화)】에서 정한 「말기간경화」를 말합니다.

⑪ 이 계약에서 「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성신장병(제8차 한국표준질병사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 않습니다.

12 「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제27조(납입면제에 관한 세부규정)

1 제26조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에도 불구하고 암보장개시일 전일 이전에 진단확정된 「암(유사암제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제26조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일부터 암보장개시일 전일 이전에 「암(유사암제외)」로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 「암(유사암제외)」로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일로부터 5년이 지난 이후에는 제26조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에 따라 보험료의 납입을 면제합니다.

2 제1항의 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제29조(보험료의 납입이 면제되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

3 제30조(보험료의 납입을 면제하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

4 제26조(보험료의 납입면제) 제1항 제7호 및 제8호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

5 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

6 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

7 보험수익자와 회사가 제26조(보험료의 납입면제) 제1항의 보험료의 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

8 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만,

【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

9 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

10 이미 이 계약에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당하는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

11 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제26조(보험료의 납입면제) 제1항 제7호 또는 제8호의 후유장해가 발생한 때에는 제26조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

12 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 제26조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운

전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입 면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)

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

제28조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

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

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

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

【자동대출납입】

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

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

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

다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

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

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

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

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

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

④ 부활(효력회복)시 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

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

② 제20조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(중대사유로 인한 해지)

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

- ① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - ② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우.
- 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【예시】

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

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

제34조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조의1(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위 반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따

르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성 원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제35조(해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」은 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))과 동일한 보장내용의 상품이며, 그 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))의 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 지급하지 않습니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우의 해약환급금은 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.

【1종(해약환급금미지급형(납입후50%)) 해약환급금 예시】

1종(해약환급금미지급형(납입후50%))을 100세만기 20년납으로 2023년 4월 1일 계약체결시 2043년 3월 31일까지 보험료 납입기간 중 해지하는 경우에는 해약환급금이 없습니다.

4. 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)을 「해약환급금미지급형 비교상품」과 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제34조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제36조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

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

③ 제2항에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제38조(분쟁의 조정)

① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.

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

제39조(관할법원)

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

제40조(소멸시효)

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

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2023년 4월 1일에 발생하였음에도 2026년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제41조(약관의 해석)

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

【신의성실의 원칙】

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

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

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

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

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

【보험안내자료】

계약의 청약의 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제43조(법령 등의 개정 등에 따른 계약내용의 변경)

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

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

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

② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정

한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우

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

④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

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

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

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

제44조(회사의 손해배상책임)

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

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

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

【현저하게 공정을 잃은 합의】

사회통념상 일반 보통인이자라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제45조(개인정보보호)

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

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조(준거법)

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

제47조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【예금자보호제도】

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 5천만원까지(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 5천만원까지 보호됩니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

본 보험회사가 예금등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 별도로 최고 5천만원까지 보호합니다.(단, 연금저축보험은 다른 예금보호 대상 금융상품과는 별도로 1인당 최고 5천만원까지 보호)

**무배당 메리츠 The 좋은 알뜰한보장보험2407
특별약관**

1. 상해 관련 특별약관

1. 일반상해사망추가보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

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

【민법 제27조(실종의 선고)】

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

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2. 일반상해80%이상후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 보험가입금액 전액을 일반상해80%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 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, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이

지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 일반상해80%이상 후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

3. 일반상해후유장해(3~100%)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 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, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

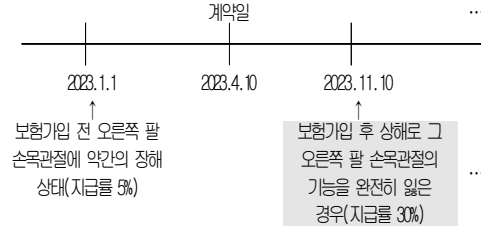
⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을

경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

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

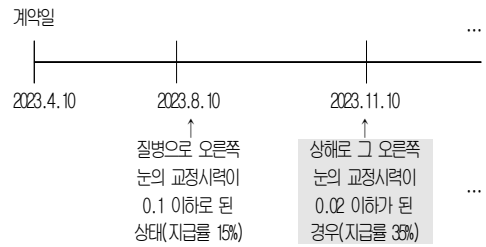
【보험금 지급예시(1)】



※ 설명

상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 차감한 지급률 25%(=30%-5%)에 해당하는 후유장해보험금을 지급

【보험금 지급예시(2)】



※ 설명

상해로 인한 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 차감한 지급률 20%(=35%-15%)에 해당하는 후유장해보험금을 지급

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약 환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

4. 골절(치아파절 제외)진단비II보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표8(골절(치아파절 제외) 분류표 II)】에서 정하는 골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절 제외)진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 그 원인의 직간접을 묻지 않고 치아파절손해 또는 치아파절이 원인이 되어 발생한 손해는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아파절 제외)이 치아파절과 동시에 발생한 경우는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

5. 신화상치료비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 화상진단비보장
- 화상수술비보장
- 중증화상및부식진단비보장

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인하여 아래의 지급사유가 발생한 경우 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.
 - ① 화상진단비보장 : 화상으로 진단확정시 1사고당 이 보장의 보험가입금액을 화상진단비로 지급합니다.
 - ② 화상수술비보장 : 화상을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 보장의 보험가입금액을 화상수술비로 지급합니다.
 - ③ 중증화상및부식진단비보장 : 제6조(중증화상및부식 진단의 정의 및 진단확정)에서 정한 중증화상및부식으로 진단확정시 이 보장의 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 중증화상및부식진단비로 지급합니다.
- ② 제1항 제1호 및 제2호의 화상이라 함은 【별표9(화상 분류표)】에서 정한 화상(열상을 포함한다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 피보험자가 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태인 경우에는 1회에 한하여 화상진단비를 지급합니다.
- ② 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 피보험자가 동일한 사고로 두 종류 이상의 화상 수술을 받거나 같은 종류의 화상 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 화상수술비만을 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ② 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의

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

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

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

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

제6조(중증화상및부식진단의 정의 및 진단확정)

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

② 「중증화상및부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)」의 진단확정은 의료법 제3조에 규정한 국내의 병원, 의원 또

는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「중증화상및부식」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

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

② 제1항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호에서 정한 중증화상및부식진단비 지급사유가 발생한 경우 중증화상및부식진단비보장은 소멸됩니다.

③ 제2항에 따라 중증화상및부식진단비보장이 소멸된 경우에는 회사는 해당 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

6. 상해수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제3조(수술의 정의와 장소)

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

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

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

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - ㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
 - ㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- ④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상해로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경

우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입 면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

7. 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(특별약관의 소멸)

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입 면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

8. 종합병원 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

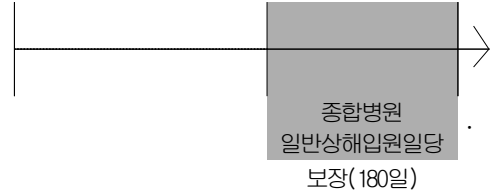
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 제4조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원(이하「종합병원」이라 합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 종합병원 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 종합병원 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 종합병원 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 해당하는 경우에는 종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원 중에 종합병원에 해당하는 경우 [예시]】

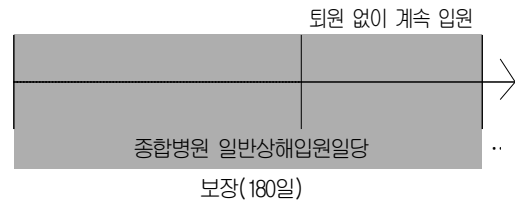
00병원
(종합병원 이외의 병원 또는 의원) 00병원 퇴원일
최초입원일 종합병원 적용일



- ⑨ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 적용이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【종합병원 입원 중에 해당병원이 종합병원의 적용이 취소된 경우 [예시]】

00병원(종합병원) 00병원 퇴원일
최초입원일 종합병원 취소 적용일



- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

9. 중대한특정상해수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 사고로 인하여 중대한특정상해수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 중대한특정상해수술비만을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(중대한특정상해수술 보장의 정의 및 진단확정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「뇌손상」이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 손상(【별표17(중대한 특정상해 분류표)】참조)을 입은 경우를 말합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「내장손상」이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표17(중대한 특정상해 분류표)】참조)을 입은 경우를 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」, 「개복(開腹)수술」이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」, 「개복(開腹)수술」로 보지 않습니다.
 - ① 「개두(開頭)수술」이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
 - ② 「개흉(開胸)수술」이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡격막, 종격동, 식도수술 등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
 - ③ 「개복(開腹)수술」이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도 적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.
- ④ 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 함)

다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

㉔ 제4항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

㉕ 제4항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

㉖ 제4항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

제4조(특별약관의 소멸)

㉑ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한특정상해수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

㉒ 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

㉓ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

10. 신골절치료비(치아파절포함)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로 【별표30(신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표)】에 정한 신골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 보험가입금액에 【별표30(신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표)】의 각 호에 정한 비율을 곱한 금액을 신골절치료비 보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일사고에 의해 2종류 이상의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 각각에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 그 합계액을 지급하나, 신체 동일부위에 발생한 골절 등에 대해서는 그 중 가장 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 이 경우 회사가 지급하여야 할 보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 골다공증(뼈 조직의 구성은 정상이나 그 뼈의 단위 체적당 뼈의 양이 감소된 상태를 말합니다.)의 영향이 있는 골절 및 특발성 골절(피보험자가 가지고 있는 기초질환 때문에 뼈가 외부로의 힘에 대한 저항력이 약하여 가벼운 외부의 힘에도 골절이 일어나는 경우를 말합니다.)에 대하여는 골절의 부위나 종류에 관계없이 1사고당 【별표30(신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표)】에 따라 해당 보험금을 지급합니다.

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

제3조(수술의 정의와 장소)

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

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

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

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

제4조(특별약관의 소멸)

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

11. 상급종합병원 일반상해입원일당(1일이상)

보장 특별약관

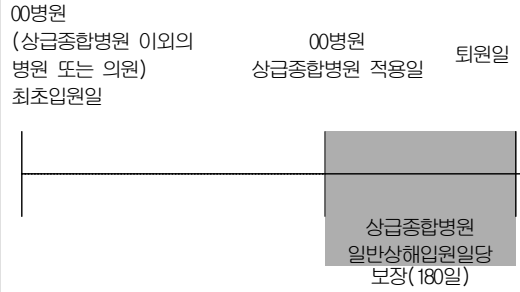
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 제4조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원(이하「상급종합병원」이라 합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

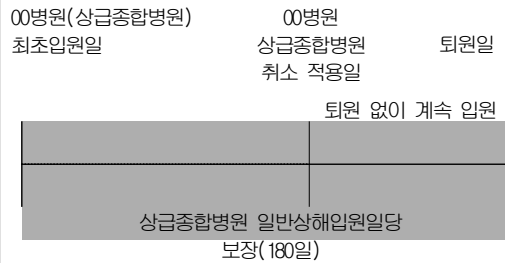
- ① 상급종합병원 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상급종합병원 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 상급종합병원 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 [예시]】



- ⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【상급종합병원 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 [예시]】



- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의

료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무에 관계 전문가 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

12. 일반상해중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실」이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.
- ② 일반상해중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 일반상해중환자실입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(특별약관의 소멸)

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경

우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입 면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

[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 간호사스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다)을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 양부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

13. 골절수술비II보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표37(골절 분류표 II)】에서 정하는 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(수술의 정의와 장소)

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

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

14. 상해사고부상치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(상해사고부상의 정의 및 진단확정)

① 「상해사고부상」이라 함은 【별표45】 「상해사고분류표」에서 정한 상해로 진단확정되고 【별표46】 「상해사고부상등급표」에서 정한 상해사고부상등급에 해당되는 경우를 말합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

15. 상해흉터복원수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 치료를 받고 그 직접적인 결과로 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상장애, 신체의 기형이나 기능장애가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(단, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일부터 2년 경과 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다)을 받은 경우에는 보험수익자에게 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 지급합니다.

구분	안면부	상지·하지
상해흉터복원수술비	수술 10m당 14만원	수술 10m당 7만원 (단, 30m이상의 경우에 한합니다.)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술0m는 최장직경으로 합니다.

【용어풀이】

안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.

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

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

제3조(수술의 정의와 장소)

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

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

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가

위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 - ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
 - ④ 미용성형 목적의 수술
 - ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

제4조(특별약관의 소멸)

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

16. 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당(1일이상 10일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

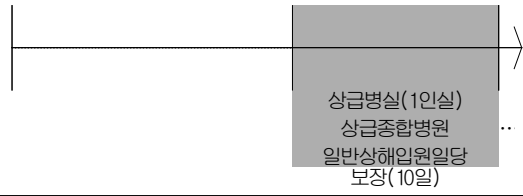
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 제4조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원(이하 「상급종합병원」이라 합니다) 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 10일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 다른 상급종합병원 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 1인실에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 [예시]

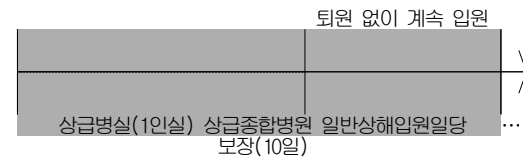
00병원
(상급종합병원 이외의 병원 또는 의원 1인실) 00병원 퇴원일
최초입원일 상급종합병원 적용일



⑨ 피보험자가 상급종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【상급종합병원 1인실 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 [예시]

00병원
(상급종합병원의 1인실) 00병원 퇴원일
최초입원일 상급종합병원 취소 적용일



⑩ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합

병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문가 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

17. 골절진단비II보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 【별표37(골절 분류표II)】에서 정하는 골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특별약관의 소멸)

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

18. 5대골절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표49(5대골절분류표)】에서 정하는 5대골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 하나의 상해로 두 종류 이상의 5대골절수술을 받거나 같은 종류의 5대골절수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 5대골절수술비만을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

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

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

19. 수술비(1~7종, 연간3회한)[상해]보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 【별표43(1~7종 수술분류표)】에서 정한 「수술」을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 수술비로 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 수술에 한하여 보장하며, 하나의 수술코드당 연간 3회에 한하여 보장합니다.

구 분	지급금액
1종수술	상해1종 수술비보장 보험가입금액
2종수술	상해2종 수술비보장 보험가입금액
3종수술	상해3종 수술비보장 보험가입금액
4종수술	상해4종 수술비보장 보험가입금액
5종수술	상해5종 수술비보장 보험가입금액
6종수술	상해6종 수술비보장 보험가입금액
7종수술	상해7종 수술비보장 보험가입금액

② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

③ 다만, 30일내에 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술코드에 해당되는 「수술」을 받은 경우에는 제1항의 수술비를 지급하지 않습니다. 이 때, 30일이라 함은 수술비가 지급된 수술코드에 대하여 그 「수술」이 행해진 해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일의 다음날부터 이후 동일한 수술코드가 부여된 입원의 입원일 또는 통원의 통원일까지의 기간을 말합니다.

【보험금 지급예시(1)】

계약일	A수술 (1)	A수술 (2)	A수술 (3)	A수술 (4)	A수술 (5)	A수술 (6)	...
2023.4.10							
입원일	24.4.12	24.5.1	24.11.1	25.1.1	25.3.1	25.4.11	
퇴원일	24.4.15	24.5.10	24.11.5	25.1.1	25.3.5	25.4.12	
	↑ 보험금 지급	↑ 보험금 미지급 (30일 이내 동일 수술)	↑ 보험금 지급	↑ 보험금 지급	↑ 보험금 미지급 (연간 초과)	↑ 보험금 지급	...

※ 설명

- ① : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)
- ② : 보험금 미지급
(직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일[24.4.15]부터 동일수술이 행해진 입원의 입원일[24.5.1]까지의 기간(16일)이 30일 이내이므로 보험금 미지급)
- ③ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두 번째 A수술)
- ④ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세 번째 A수술)
- ⑤ : 보험금 미지급
(A수술, 연간 지급횟수(3회) 초과되었으므로 보험금 미지급)
- ⑥ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)

【보험금 지급예시(2)】

계약일	A, B 동시 수술 ^{주)}	B수술 (1)	B수술 (2)	B수술 (3)	B수술 (4)	B수술 (5)	...
2023.4.10							
입원일	24.4.12	24.5.1	24.11.1	25.4.1	25.4.13		
퇴원일	24.4.15	24.5.10	24.11.5	25.4.3	25.4.16		
	↑ 보험금 지급	↑ 보험금 지급	↑ 보험금 지급	↑ 보험금 지급	↑ 보험금 지급	...	

주) 2가지 수술코드가 부여되었으나, 수술종류가 A수술이 높은 경우

※ 설명

- ① : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)
(수술종류가 높은 A수술에 해당하는 보험금 지급)
- ② : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 B수술)
- ③ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두 번째 B수술)
- ④ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세 번째 B수술)
- ⑤ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 B수술)
(직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일[25.4.3]부터 동일수술이 행해진 입원의 입원일[25.4.13]까지의 기간(10일)이 30일 이내이지만 새로운 연간에 해당되므로 보험금 지급)

제2조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사 또는 치과의

사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 상해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 【별표 43(1~7종 수술분류표)】에서 정한 수술코드(이하 「수술코드」라 합니다.)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

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

③ 제1항의 「수술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고, 「진단명 기준환자군(Diagnosis Related Group, DRG)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 이 특별약관 정한 코드를 말합니다.

【진단명기준환자군(DRG)】

환자의 주진단명 및 기타진단명, 수술처치명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 유사한 그룹으로 분류하는 것을 말하며, 이 특별약관의 진단명기준환자군(DRG) 분류체계는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【ADRG(Adjacent DRG)】

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 의료행위^{주1)}와 진단명^{주2)}에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수”에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명

진단명이란 통계청에서 고시하는 “한국표준질병·사인분류”상의 분류번호를 말합니다.

④ 제3항의 「수술코드」에서 향후 「진단명기준환자군(DRG)」개정으로 동일한 수술에 대해 「수술코드」가 변경되는 경우에도 이 특별약관의 체결시점에 정한 「수술코드」를 따릅니다.

【설명】

- (예시) 이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 A010이었으나, 피보험자가 간이식 수술을 받은 시점의 수술코드가 A080으로 변경된 경우에도 A010에 해당하는 수술비를 지급합니다.
- 회사는 피보험자가 수술받은 시점의 주진단범주(MDC)와 의료행위를 이 특별약관 체결시점의 진단명기준환자군(DRG) 기준에 적용합니다
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술을 받은 경우 회사는

주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술코드를 기준으로 수술비를 지급합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.

⑥ 제1항의 수술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-72호, 2021.3.4.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술에 포함하여 보장합니다.

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한하여 수술비를 지급합니다.

ADGR는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술을 받더라도 진단명기준환자군(DRG)에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.
(예시) 피보험자가 입원을 하고 “치료적 자궁소파술(N141)”과 “복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)(N021)”을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 외과적 우선순위에 따라 생성되는 ADGR는 “복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)(N021)”입니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 수술종류가 높은 하나의 수술코드에 한하여 수술비를 지급합니다.

③ 피보험자가 동일한 상해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

④ 이 특별약관의 보험기간이 끝난 때에도 피보험자가 계속입원 중에 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 이 특별약관에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술하였으나 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우에 한하여 회사는 제2조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.

⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 수술비와 제5항의 수술코드에 해당하는 수술비를 각각 지급합니다.

⑦ 「단순 자궁 수술(악성종양 제외)[수술코드 N031, N032]」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤으나 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

② 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 수술비를 지급하지 않습니다.

- ① 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ② 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ③ 상해를 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ④ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
- ⑤ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

③ 회사는 【별표43(1~7종 수술분류표)】의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(【별표2】비급여대상)에 해당하는 수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

⑤ 질병을 원인으로 수술을 하여 【별표43(1~7종 수술분류표)】에서 정한 수술코드를 받은 경우에는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명 포함), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등) [단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)을 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급

여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

20. 5대골절진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표49(5대골절분류표)】에서 정하는 5대골절로 진단확정시 보험수익자에게 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 5대골절진단비를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

21. 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해입원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관

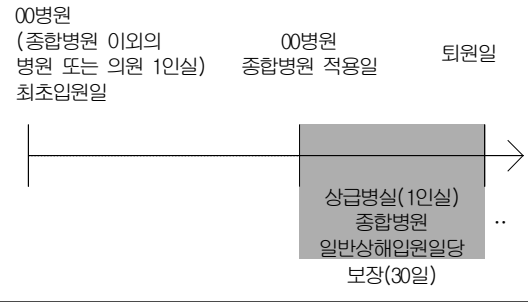
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 제4조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원(이하「종합병원」이라 합니다) 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

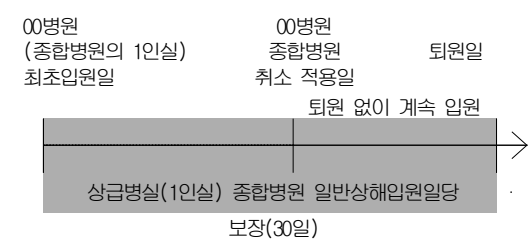
- ① 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 다른 종합병원 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 종합병원 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 해당하는 경우에는 종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【종합병원 이외의 병원 또는 의원 1인실에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우 [예시]】



- ⑨ 피보험자가 종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【종합병원 1인실 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우 [예시]】



- ⑩ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.
- ⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

22. 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해수술입원일당(1일이상 10일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 아래의 사유에 모두 해당되는 경우(이하 「상해수술입원」이라 합니다)에는 보험수익자에게 최초수술일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해수술입원일당으로 지급합니다.

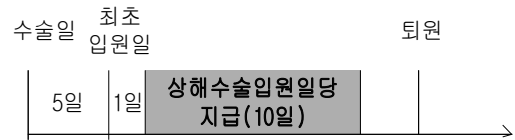
- ① 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 제5조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원(이하 「종합병원」이라 합니다) 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우
- ② 보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
- ③ 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해수술입원일당의 지급일수는 1회 상해수술입원당 최초수술일부터 10일을 최고 한도로 합니다. 다만, 수술이 입원기간 중 시행되지 않은 경우 1회 상해수술입원당 2일째 입원일부터 10일을 최고 한도로 합니다.

【수술이 입원기간 중 시행되지 않은 경우[예시]】

- 수술하고 5일 경과 후 동일한 상해치료를 위해 입원, 총입원일수 50일

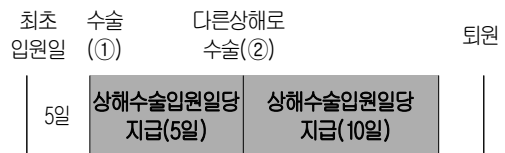


② 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

③ 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해수술입원일당 지급기간 중 다른 상해를 입고 그 상해의 직접적인 결과로써 수술을 받은 경우 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해수술입원일당의 지급일수는 그 날을 최초수술일로 보아 10일을 최고 한도로 합니다.

【상해수술입원일당 지급기간 중 다른 상해로 수술한 경우[예시]】

- 최초입원 5일경과 후 수술(①), 수술(①) 후 5일경과 후 다른 상해를 입고 수술(②), 총입원 일수 30일



④ 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 상해수술입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 보장개시일 이후 상해수술입원하여 치료를

발단중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 상해수술입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해수술입원일당을 계속 보상합니다.

⑥ 피보험자가 다른 종합병원 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 상해수술입원한 것으로 보아 각 입원 일수를 더합니다.

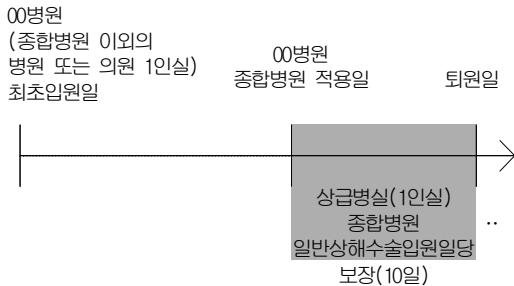
⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 종합병원 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 1인실로 이전하여 상해수술입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해수술입원일당을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원 1인실에 상해수술입원하여 치료를 받던 중 종합병원 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해수술입원일당을 지급합니다.

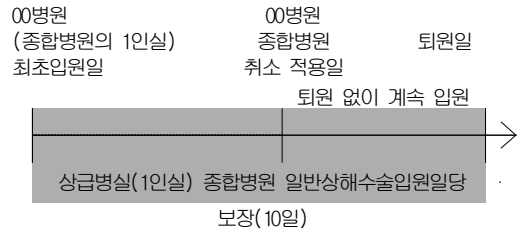
⑩ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 해당하는 경우에는 종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해수술입원일당을 지급합니다.

【종합병원 이외의 병원 또는 의원 1인실에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우 [예시]】



⑪ 피보험자가 종합병원 1인실에 상해수술입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 상해수술입원에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해수술입원일당을 지급합니다.

【종합병원 1인실 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우 [예시]】



⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

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

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

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

제5조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 목적의 치료를 위한 상해수술에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내

반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)-축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

- ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
- ㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
- ㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- ④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보험금을 지급합니다)
- ⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

23. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 200만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 한 사고당 간병인 이용금액이 200만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원 간병인비용지원금(간병인비용 200만원 이상)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 사고당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액은 1일당 15만원을 한도로 합니다.

【일반상해입원 간병인 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 40만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2023년 6월 1일 ~ 2023년 6월 20일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 6월 20일
 - : 총 간병인 사용일수 20일
 - 총 간병인 이용금액 200만원
 - 1일당 평균 10만원에 해당하므로
 - 1일당 10만원 적용
 - (10만원 X 20일 = 200만원)
 - **가입금액(40만원) 지급**
 - 2) 2023년 6월 1일 ~ 6월 10일
 - : 총 간병인 사용일수 10일
 - 총 간병인 이용금액 200만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 10일 = 150만원)
 - **보험금 미지급**

② 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

③ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

④ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시

를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원 간병인비용 지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류

(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록 된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약 환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입 면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

24. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 300만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 한 사고당 간병인 이용금액이 300만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원 간병인비용지원금(간병인비용 300만원 이상)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 사고당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액은 1일당 15만원을 한도로 합니다.

【일반상해입원 간병인 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 60만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2023년 6월 1일 ~ 2023년 6월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 6월 30일
 - : 총 간병인 사용일수 30일
 - 총 간병인 이용금액 300만원
 - 1일당 평균 10만원에 해당하므로
 - 1일당 10만원 적용
 - (10만원 X 30일 = 300만원)
 - **가입금액(60만원) 지급**
 - 2) 2023년 6월 1일 ~ 6월 15일
 - : 총 간병인 사용일수 15일
 - 총 간병인 이용금액 300만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 15일 = 225만원)
 - **보험금 미지급**

② 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

③ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

④ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시

를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원 간병인비용 지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 혈체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류

(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

⑥ 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.

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

25. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 500만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 한 사고당 간병인 이용금액이 500만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원 간병인비용지원금(간병인비용 500만원 이상)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 사고당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액은 1일당 15만원을 한도로 합니다.

【일반상해입원 간병인 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 100만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2023년 6월 1일 ~ 2023년 7월 20일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 7월 20일
 - : 총 간병인 사용일수 50일
 - 총 간병인 이용금액 500만원
 - 1일당 평균 10만원에 해당하므로
 - 1일당 10만원 적용
 - (10만원 X 50일 = 500만원)
 - **가입금액(100만원) 지급**
 - 2) 2023년 6월 1일 ~ 6월 25일
 - : 총 간병인 사용일수 25일
 - 총 간병인 이용금액 500만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 25일 = 375만원)
 - **보험금 미지급**

② 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

③ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

④ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시

를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원 간병인비용 지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류

(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록 된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약 환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입 면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

26. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 700만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 한 사고당 간병인 이용금액이 700만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원 간병인비용지원금(간병인비용 700만원 이상)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 사고당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액은 1일당 15만원을 한도로 합니다.

【일반상해입원 간병인 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 140만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2023년 6월 1일 ~ 2023년 8월 9일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 8월 9일
 - : 총 간병인 사용일수 70일
 - 총 간병인 이용금액 700만원
 - 1일당 평균 10만원에 해당하므로
 - 1일당 10만원 적용
 - (10만원 X 70일 = 700만원)
 - **가입금액(140만원) 지급**
 - 2) 2023년 6월 1일 ~ 7월 5일
 - : 총 간병인 사용일수 35일
 - 총 간병인 이용금액 700만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 35일 = 525만원)
 - **보험금 미지급**

② 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

③ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

④ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시

를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원 간병인비용 지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 혈체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류

(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

⑥ 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.

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

27. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 1,000만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 한 사고당 간병인 이용금액이 1,000만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원 간병인비용지원금(간병인비용 1,000만원 이상)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 사고당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액은 1일당 15만원을 한도로 합니다.

【일반상해입원 간병인 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 200만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2023년 6월 1일 ~ 2023년 9월 8일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 9월 8일
 - : 총 간병인 사용일수 100일
 - 총 간병인 이용금액 1,000만원
 - 1일당 평균 10만원에 해당하므로
 - 1일당 10만원 적용
 - (10만원 X 100일 = 1,000만원)
 - **가입금액(200만원) 지급**
 - 2) 2023년 6월 1일 ~ 7월 20일
 - : 총 간병인 사용일수 50일
 - 총 간병인 이용금액 1,000만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 50일 = 750만원)
 - **보험금 미지급**

② 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

③ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

④ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시

를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원 간병인비용 지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번거사용 보조 등

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌

이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

28. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 1,500만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 한 사고당 간병인 이용금액이 1,500만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원 간병인비용지원금(간병인비용 1,500만원 이상)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 사고당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액은 1일당 15만원을 한도로 합니다.

【일반상해입원 간병인 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 300만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2023년 6월 1일 ~ 2023년 10월 28일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 10월 28일
 - : 총 간병인 사용일수 150일
 - 총 간병인 이용금액 1,500만원
 - 1일당 평균 10만원에 해당하므로
 - 1일당 10만원 적용
 - (10만원 X 150일 = 1,500만원)
 - **가입금액(300만원) 지급**
 - 2) 2023년 6월 1일 ~ 8월 14일
 - : 총 간병인 사용일수 75일
 - 총 간병인 이용금액 1,500만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 75일 = 1,125만원)
 - **보험금 미지급**

② 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

③ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

④ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시

를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원 간병인비용 지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 혈체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류

(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

⑥ 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.

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

29. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 2,000만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 한 사고당 간병인 이용금액이 2,000만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원 간병인비용지원금(간병인비용 2,000만원 이상)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 사고당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액은 1일당 15만원을 한도로 합니다.

【일반상해입원 간병인 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 400만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2023년 6월 1일 ~ 2023년 11월 27일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 11월 27일
 - : 총 간병인 사용일수 180일
 - 총 간병인 이용금액 2,160만원
 - 1일당 평균 12만원에 해당하므로
 - 1일당 12만원 적용
 - (12만원 X 180일 = 2,160만원)
 - **가입금액(400만원) 지급**
 - 2) 2023년 6월 1일 ~ 9월 8일
 - : 총 간병인 사용일수 100일
 - 총 간병인 이용금액 2,000만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 100일 = 1,500만원)
 - **보험금 미지급**

② 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

③ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

④ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시

를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원 간병인비용 지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번기사용 보조 등

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류

(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록 된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약 환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입 면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

30. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 200만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원에 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 한 사고당 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액이 200만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원 간병인비용지원금(간병인비용 200만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간호·간병통합서비스 이용금액이라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 이용하여 지불한 비용을 말합니다. 단, 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용에 사용된 금액 외에 간병 및 입원에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른

지원을 하여야 한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 사고당 180일간 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액을 합산한 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액은 각각 1일당 15만원을 한도로 합니다.

【일반상해입원 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
 - 보험가입금액 : 40만원
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 사용일 및 사용금액
 - 1)· 2023년 6월 1일 ~ 6월 10일
 - : 총 간병인 사용일수 10일
 - 총 간병인 이용금액 140만원
 - 1일당 평균 14만원에 해당하므로
 - 1일당 14만원 적용
 - 2023년 6월 11일 ~ 6월 20일
 - : 총 간호·간병통합서비스 사용일수 10일
 - 총 간호·간병통합서비스 이용금액 60만원
 - 1일당 평균 6만원에 해당하므로
 - 1일당 6만원 적용
- (14만원 X 10일 + 6만원 X 10일 = 200만원)
→ 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 200만원 이상으로 **가입금액(40만원) 지급**
- 2)· 2023년 6월 1일 ~ 6월 10일
 - : 총 간병인 사용일수 10일
 - 총 간병인 이용금액 200만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 10일 = 150만원)
- 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 200만원 미만으로 **보험금 미지급**

② 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

③ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원 간병인비용 지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 중

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

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

① 청구서(회사 양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함) 등)

[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건의료부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전

표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다)
다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이 영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류 (계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록 된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약 환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입 면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

31. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 300만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

[1] 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보령기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원에 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 한 사고당 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액이 300만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원 간병인비용지원금(간병인비용 300만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)으로 지급합니다.

[2] 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간호·간병통합서비스 이용금액이라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 이용하여 지불한 비용을 말합니다. 단, 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용에 사용된 금액 외에 간병 및 입원에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른

지원을 하여야 한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 사고당 180일간 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액을 합산한 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액은 각각 1일당 15만원을 한도로 합니다.

【일반상해입원 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
 - 보험가입금액 : 60만원
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 6월 20일
 - 총 간병인 사용일수 20일
 - 총 간병인 이용금액 280만원
 - 1일당 평균 14만원에 해당하므로
 - 1일당 14만원 적용
 - 2023년 6월 21일 ~ 7월 2일
 - 총 간호·간병통합서비스 사용일수 12일
 - 총 간호·간병통합서비스 이용금액 72만원
 - 1일당 평균 6만원에 해당하므로
 - 1일당 6만원 적용
- (14만원 X 20일 + 6만원 X 12일 = 352만원)
→ 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 300만원 이상으로 **가입금액(60만원) 지급**
- 2) 2023년 6월 1일 ~ 6월 15일
 - 총 간병인 사용일수 15일
 - 총 간병인 이용금액 300만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 15일 = 225만원)
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 300만원 미만으로 **보험금 미지급**

② 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

③ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원 간병인비용 지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와

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

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

① 청구서(회사 양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함) 등)

[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건의료부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자

등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

⑥ 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.

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

32. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 500만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보령기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원에 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 한 사고당 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액이 500만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원 간병인비용지원금(간병인비용 500만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간호·간병통합서비스 이용금액이라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 이용하여 지불한 비용을 말합니다. 단, 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용에 사용된 금액 외에 간병 및 입원에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른

지원을 하여야 한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 사고당 180일간 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액을 합산한 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액은 각각 1일당 15만원을 한도로 합니다.

【일반상해입원 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 100만원
- 간병인 및 간호·간병통합서비스 사용일 및 사용금액
 - 1)· 2023년 6월 1일 ~ 6월 30일
 - : 총 간병인 사용일수 30일
 - 총 간병인 이용금액 420만원
 - 1일당 평균 14만원에 해당하므로
 - 1일당 14만원 적용
 - 2023년 7월 1일 ~ 7월 15일
 - : 총 간호·간병통합서비스 사용일수 15일
 - 총 간호·간병통합서비스 이용금액 90만원
 - 1일당 평균 6만원에 해당하므로
 - 1일당 6만원 적용- (14만원 X 30일 + 6만원 X 15일 = 510만원)
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 500만원 이상으로 **가입금액 (100만원) 지급**
- 2)· 2023년 6월 1일 ~ 6월 25일
 - : 총 간병인 사용일수 25일
 - 총 간병인 이용금액 500만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 25일 = 375만원)
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 500만원 미만으로 **보험금 미지급**

② 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

③ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원 간병인비용 지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 중

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

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

① 청구서(회사 양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함) 등)

[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건의료부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전

표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다)
다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이
영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류
(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로
간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록
된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인
또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제
출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관
은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약
환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시
계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니
다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경
우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입
면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

33. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 700만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보 장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

[1] 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의
보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가
져와 병원 또는 의원에 입원하여 제3조(입원의 정의와 장
소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4
조(간병인의 정의)에서 정한 간병인 또는 간호·간병통합
서비스를 사용한 경우, 한 사고당 간병인 이용금액 및 간
호·간병통합서비스 이용금액이 700만원 이상인 경우에는
보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해
입원 간병인비용지원금(간병인비용 700만원 이상)(간호·
간병통합서비스 포함)으로 지급합니다.

[2] 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된
의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간호·간병통
합서비스 이용금액이라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병
통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를
이용하며 지불한 비용을 말합니다. 단, 간병인 및 간호·
간병통합서비스 이용에 사용된 금액 외에 간병 및 입원에
쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로
정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이
상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른
간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하
이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"
이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는
입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은
간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록
노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공
하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호
·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보
건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등
의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에
따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으
로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통
합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가
및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또
는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등
의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안
에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위
하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간
병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우
개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비
스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제
공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을
위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른

지원을 하여야 한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 사고당 180일간 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액을 합산한 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액은 각각 1일당 15만원을 한도로 합니다.

【일반상해입원 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
 - 보험가입금액 : 140만원
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 사용일 및 사용금액
 - 1)· 2023년 6월 1일 ~ 7월 10일
 - : 총 간병인 사용일수 40일
 - 총 간병인 이용금액 560만원
 - 1일당 평균 14만원에 해당하므로
 - 1일당 14만원 적용
 - 2023년 7월 11일 ~ 8월 4일
 - : 총 간호·간병통합서비스 사용일수 25일
 - 총 간호·간병통합서비스 이용금액 150만원
 - 1일당 평균 6만원에 해당하므로
 - 1일당 6만원 적용
- (14만원 X 40일 + 6만원 X 25일 = 710만원)
→ 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 700만원 이상으로 **가입금액 (140만원) 지급**
- 2)· 2023년 6월 1일 ~ 7월 5일
 - : 총 간병인 사용일수 35일
 - 총 간병인 이용금액 700만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 35일 = 525만원)
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 700만원 미만으로 **보험금 미지급**

② 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

③ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원 간병인비용 지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 중

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

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부생생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

① 청구서(회사 양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함) 등)

[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건의료부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전

표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다)
다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이 영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류 (계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록 된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약 환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입 면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

34. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 1,000만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

[1] 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원에 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인 또는 간호·간병통합 서비스를 사용한 경우, 한 사고당 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액이 1,000만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원 간병인비용지원금(간병인비용 1,000만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)으로 지급합니다.

[2] 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간호·간병통합서비스 이용금액이라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 이용하여 지불한 비용을 말합니다. 단, 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용에 사용된 금액 외에 간병 및 입원에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른

지원을 하여야 한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 사고당 180일간 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액을 합산한 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액은 각각 1일당 15만원을 한도로 합니다.

【일반상해입원 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
 - 보험가입금액 : 200만원
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 7월 30일
 - 총 간병인 사용일수 60일
 - 총 간병인 이용금액 840만원
 - 1일당 평균 14만원에 해당하므로
 - 1일당 14만원 적용
 - 2023년 7월 31일 ~ 8월 29일
 - 총 간호·간병통합서비스 사용일수 30일
 - 총 간호·간병통합서비스 이용금액 180만원
 - 1일당 평균 6만원에 해당하므로
 - 1일당 6만원 적용
- (14만원 X 60일 + 6만원 X 30일 = 1,020만원)
→ 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 1,000만원 이상으로 **가입금액(200만원) 지급**
- 2) 2023년 6월 1일 ~ 7월 20일
 - 총 간병인 사용일수 50일
 - 총 간병인 이용금액 1,000만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 50일 = 750만원)
- 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 1,000만원 미만으로 **보험금 미지급**

② 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

③ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원 간병인비용 지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수

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

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번거사용 보조 등

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

① 청구서(회사 양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함) 등)

[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건의료부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호

를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

⑥ 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.

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

35. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 1,500만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

[1] 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원에 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 한 사고당 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액이 1,500만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원 간병인비용지원금(간병인비용 1,500만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)으로 지급합니다.

[2] 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간호·간병통합서비스 이용금액이라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 이용하여 지불한 비용을 말합니다. 단, 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용에 사용된 금액 외에 간병 및 입원에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른

지원을 하여야 한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 사고당 180일간 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액을 합산한 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액은 각각 1일당 15만원을 한도로 합니다.

【일반상해입원 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
 - 보험가입금액 : 300만원
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 사용일 및 사용금액
 - 1) · 2023년 6월 1일 ~ 8월 29일
 - 총 간병인 사용일수 90일
 - 총 간병인 이용금액 1,260만원
 - 1일당 평균 14만원에 해당하므로
 - 1일당 14만원 적용
 - 2023년 8월 30일 ~ 10월 18일
 - 총 간호·간병통합서비스 사용일수 50일
 - 총 간호·간병통합서비스 이용금액 300만원
 - 1일당 평균 6만원에 해당하므로
 - 1일당 6만원 적용
- (14만원 X 90일 + 6만원 X 50일 = 1,560만원)
→ 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 1,500만원 이상으로 **가입금액(300만원) 지급**
- 2) · 2023년 6월 1일 ~ 8월 14일
 - 총 간병인 사용일수 75일
 - 총 간병인 이용금액 1,500만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
- (15만원 X 75일 = 1,125만원)
→ 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 1,500만원 미만으로 **보험금 미지급**

② 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

③ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원 간병인비용 지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수

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

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번기사용 보조 등

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

① 청구서(회사 양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함) 등)

[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건의료부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호

를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

⑥ 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.

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

36. 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 2,000만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

[1] 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원에 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 한 사고당 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액이 2,000만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원 간병인비용지원금(간병인비용 2,000만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)으로 지급합니다.

[2] 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간호·간병통합서비스 이용금액이라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 이용하여 지불한 비용을 말합니다. 단, 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용에 사용된 금액 외에 간병 및 입원에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른

지원을 하여야 한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 사고당 180일간 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액을 합산한 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액은 각각 1일당 15만원을 한도로 합니다.

【일반상해입원 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
 - 보험가입금액 : 400만원
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 9월 28일
 - : 총 간병인 사용일수 120일
 - 총 간병인 이용금액 1,680만원
 - 1일당 평균 14만원에 해당하므로
 - 1일당 14만원 적용
 - 2023년 9월 29일 ~ 11월 27일
 - : 총 간호·간병통합서비스 사용일수 60일
 - 총 간호·간병통합서비스 이용금액 360만원
 - 1일당 평균 6만원에 해당하므로
 - 1일당 6만원 적용
- (14만원 X 120일 + 6만원 X 60일 = 2,040만원)
→ 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 2,000만원 이상으로 **가입금액(400만원) 지급**
- 2) 2023년 6월 1일 ~ 9월 8일
 - : 총 간병인 사용일수 100일
 - 총 간병인 이용금액 2,000만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 100일 = 1,500만원)
- 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 2,000만원 미만으로 **보험금 미지급**

② 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

③ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원 간병인비용 지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와

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

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번거사용 보조 등

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함) 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건의료부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자

등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

- ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
- ⑥ 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.

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

37. 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)(요양병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 보험수익자에게 간병인 사용 1일당 아래의 금액을 간병인사용 일반상해입원일당(요양병원제외)으로 지급합니다.

구분	지급금액	
	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우
상해로 입원하여 간병인 사용시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한

시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 간병인사용 일반상해입원일당(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【간병인사용 일반상해입원일당(요양병원제외) 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2023년 6월 1일 ~ 2023년 6월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 6월 7일
 - : 총 사용일수 7일, 총 사용금액 70만원, 1일당 평균 7만원 이상 해당
 - 2만원 X 7일 = 14만원 지급
 - 2) 2023년 6월 20일 ~ 6월 25일 오전, 6월 25일 오후, 6월 26일 오후 ~ 6월 27일
 - : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 55만원, 1일당 평균 7만원 미만 해당
 - 1만원 X 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 일반상해입원일당(요양병원제외) 지급금액
 - : 간병인 사용일수 15일,
 - 14만원+8만원 = 총 22만원 지급

- ③ 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 일반상해입원일당(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「간병인」이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무[예시]】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정무기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

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

나. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

- ⑤ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

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

38. 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)(요양병원)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 보험수익자에게 간병인 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용 일반상해입원일당(요양병원)으로 지급합니다.
- ② 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료강호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 간병인사용 일반상해입원일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 일반상해입원일당(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「간병인」이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

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

나. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

⑤ 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.

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

39. 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원 일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험수익자에게 간호·간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가 입금액을 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당으로 지급합니다.

② 제1항의 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호

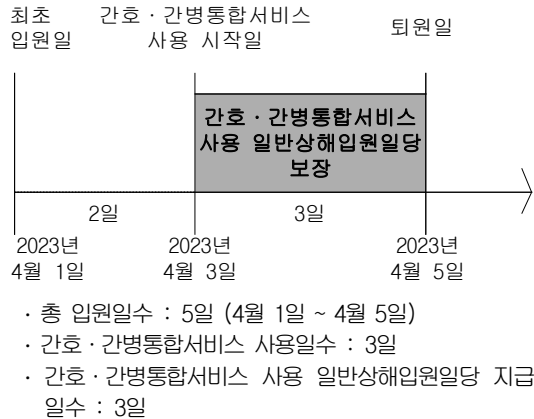
자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자

2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

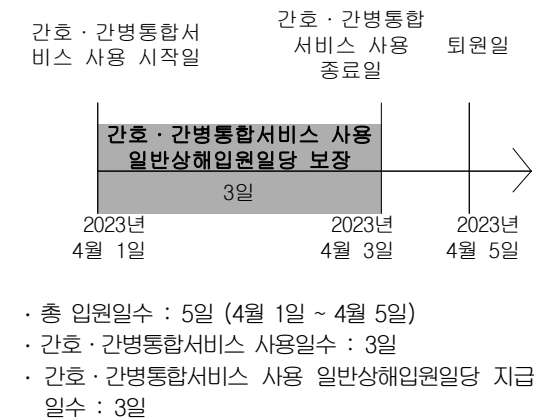
- ① 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회의 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 병원(단, 요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당을 지급합니다.

**【간호·간병통합서비스를 사용하지 않던 중
간호·간병통합서비스를 사용하는 경우[예시]**



⑦ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당을 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당을 지급하지 않습니다.

【간호·간병통합서비스 사용 중에 간호·간병통합서비스 사용을 종료하는 경우[예시]



⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 정한 국내의 병원급 의료기관 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 병원급 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련

법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약 환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

40. 일반상해입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(단, 요양,정신,한방병원은 제외됩니다)에 181일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 180일을 초과하는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(요양,정신,한방병원제외)으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 일반상해입원일당(요양,정신,한방병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 일반상해입원일당(요양,정신,한방병원제외)을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양,정신,한방병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(요양,정신,한방병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

41. 간병인사용 일반상해입원일당(181일이상) (요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)에 181일 이상 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 보험수익자에게 180일을 초과한 간병인 사용 1일당 아래의 금액을 간병인사용 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)으로 지급합니다.

구분	지급금액	
	간병인사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	간병인사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우
상해로 입원하여 간병인 사용시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의

제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 간병인사용 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 최고 한도로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【간병인사용 일반상해입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외) 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2023년 2월 1일 ~ 2023년 8월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 2월 1일 ~ 8월 6일
 - : 총 사용일수 187일, 총 사용금액 1600만원,
 - 1일당 평균 7만원 이상 해당
 - 2만원 X 7일(187일-180일) = 14만원 지급
 - 2) 2023년 8월 20일 ~ 8월 25일 오전, 8월 25일 오후, 8월 26일 오후 ~ 8월 27일
 - : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 55만원, 1일당 평균 7만원 미만 해당
 - 1만원 X 8일 = 8만원 지급
 - 간병인사용 일반상해입원일당(요양,정신,한방병원제외) 지급금액
 - : 간병인 사용일수 195일,
 - 14만원+8만원 = 총 22만원 지급

③ 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양,정신,한방병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 일반상해입원일당(요양,정신,한방병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

① 「간병인」이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원(단, 요양,정신,한방병원은 제외됩니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사 보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

① 청구서(회사 양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

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

나. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

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

계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

42. 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(181일이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

[1] 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)에 181일 이상 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험수익자에게 180일 초과하는 간호·간병통합서비스 사용 1일당 보험가입금액을 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)으로 지급합니다.

[2] 제1항의 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 정책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

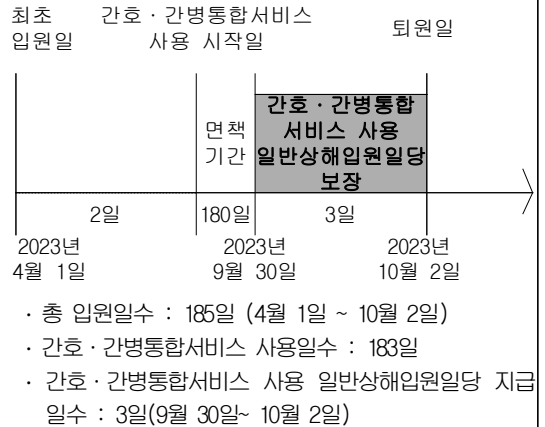
- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)을 지급합니다.

【간호·간병통합서비스를 사용하지 않던 중

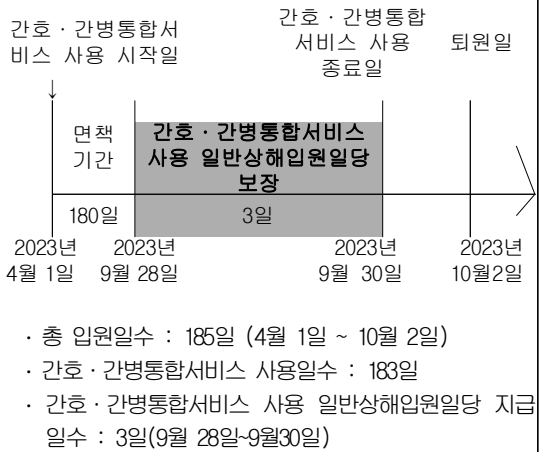
간호·간병통합서비스를 사용하는 경우[예시]



- ③ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)을 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)을 지급하지 않습니다.

【간호·간병통합서비스 사용 중에 간호·간병통합서비스

사용을 종료하는 경우[예시]



- ④ 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 병원(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외한다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)의 전부 또

는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 병원급 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

43. 2·3인실 상급종합병원 일반상해입원일당(1일 이상 30일 한도) 보장 특별약관

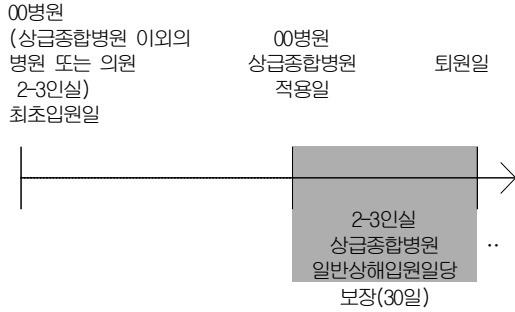
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 제4조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원(이하 「상급종합병원」이라 합니다) 2인실 또는 3인실(이하 「2·3인실」이라 합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 2·3인실 상급종합병원 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

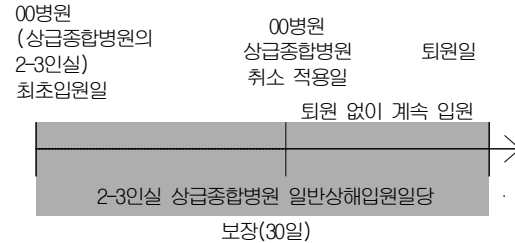
- ① 2·3인실 상급종합병원 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 2·3인실 상급종합병원 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 다른 상급종합병원 2·3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 2·3인실 상급종합병원 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원 2·3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 2·3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 2·3인실 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원 2·3인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 2·3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 2·3인실 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원 2·3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 2·3인실 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【상급종합병원 이외의 병원 또는 의원 2·3인실에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 [예시]



⑨ 피보험자가 상급종합병원 2·3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 2·3인실 상급종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【상급종합병원 2·3인실 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 [예시]



⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

44. 2-3인실 종합병원 일반상해입원일당 (1일이상 30일한도)보장 특별약관

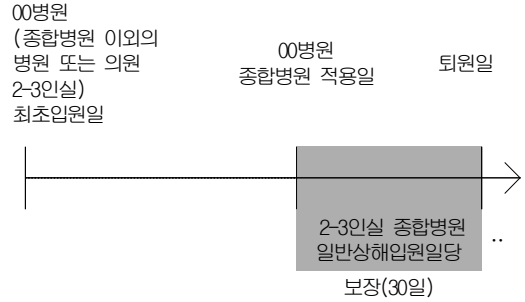
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 제4조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원(이하 「종합병원」이라 합니다) 2인실 또는 3인실(이하 「2-3인실」이라 합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 2-3인실 종합병원 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

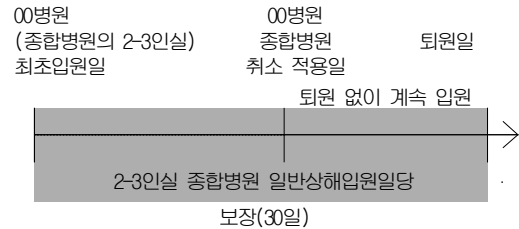
- ① 2-3인실 종합병원 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 2-3인실 종합병원 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 다른 종합병원 2-3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 2-3인실 종합병원 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 종합병원 2-3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 2-3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 2-3인실 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 2-3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 2-3인실 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우에는 종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 2-3인실 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【종합병원 이외의 병원 또는 의원 2-3인실에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우 [예시]】



- ⑨ 피보험자가 종합병원 2-3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 2-3인실 종합병원 일반상해입원일당을 지급합니다.

【종합병원 2-3인실 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우 [예시]】



- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

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

제4조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 미취통증의학과와 진단검사의

학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다)외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

II. 질병 관련 특별약관

1. 질병사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 사망한 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

2. 질병사망추가보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 사망한 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

3. 질병80%이상후유장해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 질병80%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

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

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상후유장해보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

4. 16대특정암진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

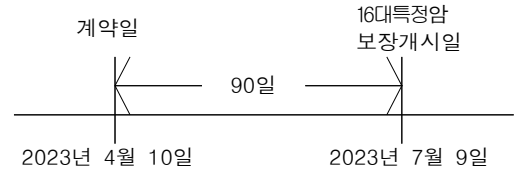
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 16대특정암보장개시일 이후에 「16대특정암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 16대특정암진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 16대특정암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 16대특정암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 16대특정암진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 16대특정암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 16대특정암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【16대특정암보장개시일[예시]】

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(16대특정암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「16대특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「16대특정암」으로 분류되는 질병으로 【별표10(16대특정암분류표)】에서 정한 식도의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 골 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물, 간 및 간내 담관의 악성신생물, 기관의 악성신생물, 기관지 및 폐의 악성신생물, 흉선의 악성신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물, 중피종, 카포시육종, 후복막 및 복막의 악성신생물, 담낭의 악성신생물, 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물, 소장외의 악성신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의 분류에서 제외합니다.

② 「16대특정암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학

의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「16대특정암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「16대특정암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「16대특정암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 16대특정암보장개시일의 전일 이전에 「16대특정암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 16대특정암진단비

지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 16대특정암보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

5. 5대고액치료비암진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

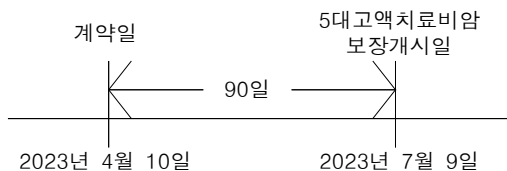
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 5대고액치료비암보장개시일 이후에 「5대고액치료비암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대고액치료비암진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 5대고액치료비암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 5대고액치료비암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 5대고액치료비암진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 5대고액치료비암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 5대고액치료비암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【5대고액치료비암보장개시일(예시)】

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(5대고액치료비암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「5대고액치료비암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「5대고액치료비암」으로 분류되는 질병으로 【별표11(5대고액치료비암분류표)】에서 정한 식도의 악성신생물, 체장의 악성신생물, 골 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 위의분류에서 제외합니다.

② 「5대고액치료비암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「5대고액치료비암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의

한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「5대고액치료비암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「5대고액치료비암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 5대고액치료비암보장개시일의 전일 이전에 「5대고액치료비암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대고액치료비암 진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는

이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 5대고액치료비암보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

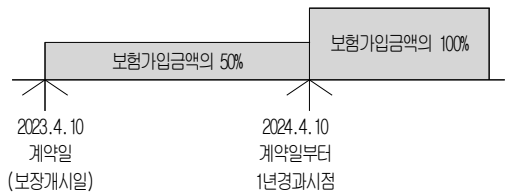
6. 뇌출혈진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 뇌출혈로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 뇌출혈진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
뇌출혈 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌출혈진단비(예시)】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌출혈로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 뇌출혈진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌출혈진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「뇌출혈」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌출혈」로 분류되는 질병으로 【별표12(뇌출혈 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈을 말합니다.

② 「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌출혈」의 조사나 확인을

위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌출혈」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌출혈」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

7. 말기폐질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표13(말기폐질환)】에서 정한 「말기폐질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 말기폐질환 진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기폐질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 말기폐질환진단비를 지급합니다. 다만, 제3조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 말기폐질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기폐질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

8. 말기간경화진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표14(말기간경화)】에서 정한 「말기간경화」로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 말기간경화진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기간경화로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 말기간경화진단비를 지급합니다. 다만, 제3조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 말기간경화진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기간경화진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

9. 말기신부전증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「말기신부전증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 말기신부전증진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기신부전증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 말기신부전증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 말기신부전증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(말기신부전증의 정의 및 진단확정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성 신장질환(제8차 한국표준질병사인분류 N18.0)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 않습니다.
- ② 「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

10. 항암방사선약물치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

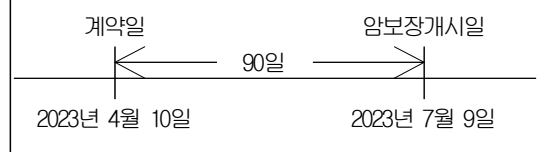
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 항암방사선 치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암(유사암제외)으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 100% (단, 최초1회에 한하여 지급)
기타피부암, 갑상선암으로 항암방사선·약물치료시	보험가입금액의 20% (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)

② 다만, 「암(유사암제외)」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 기타피부암 항암방사선약물치료비 또는 갑상선암 항암방사선약물치료비는 지급하지 않으며, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후 「암(유사암제외)」으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 암 항암방사선약물치료비를 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or

condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어 「항암방사선치료」라 함은 방사선

종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 인한 항암방사선·약물치료비(「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 인한 항암방사선·약물치료시 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

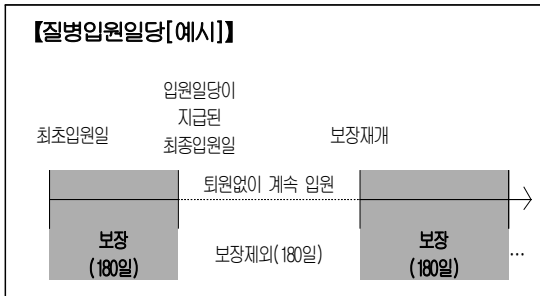
11. 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택

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

- ② 이 특별약관에 있어서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발병된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ⑥ 성병
 - ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 - ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치료질한

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

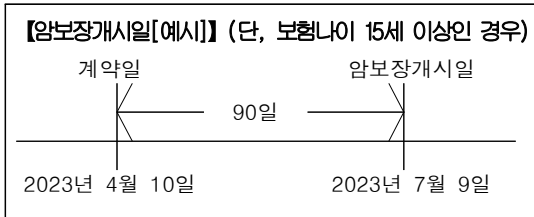
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

12. 암직접치료입원일당(Ⅱ) (요양병원제외, 1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 암직접치료입원일당으로 지급합니다.

② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

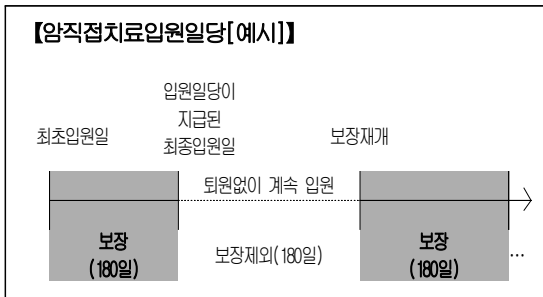


제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암직접치료입원일당을 계속 보장합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원(요양병원은 제외됩니다)

등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어 「암 등의 질병」이라 함은 「암(유사암제외)」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암 등의 질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암 등의 질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을

증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

⑨ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(「암 등의 질병의 직접적인 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 등의 질병의 직접적인 치료」라 함은 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력 강화 치료
- ③ 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암 등의 질병의 직접적인 치료」로 봅니다.

- ① 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료

- ② 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
- ③ 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

- 3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

제5조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암 등의 질병」의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암 등의 질병」으로 진단된 경우에는 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제8조(특별약관의 소멸)

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

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

13. 2대질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

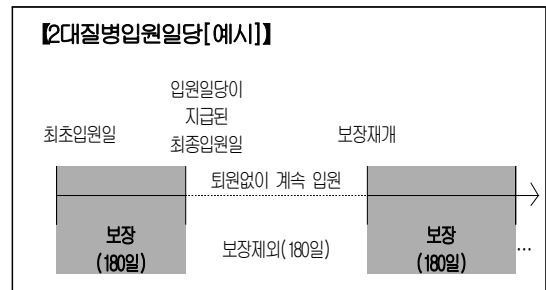
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「2대질병」으로 진단확정되고 그 제3조(2대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 「2대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 2대질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 2대질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

② 동일한 「2대질병」 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 「2대질병」에 대한 입원이라도 2대질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 2대질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 2대질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 「2대질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 2대질병입원일당을 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「2대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 2대질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(2대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「2대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 제1항에서 정한 「뇌졸중」이라 함은 【별표6(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 거머막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

③ 제1항에서 정한 「급성심근경색증」이라 함은 【별표7(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

④ 「2대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌졸중의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 급성심근경색증의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「2대질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제4항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「2대질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「2대질병」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「2대질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「2대질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 「2대질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「2대질병」의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「2대질병」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「2대질병」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「2대질병」으로 진단된 경우에는 이는 「2대질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약

환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

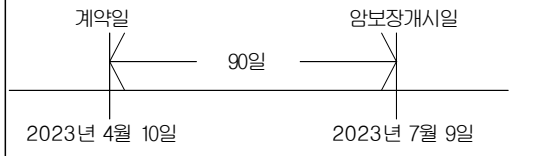
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

14. 암수술비(유사암제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 암수술비(유사암제외)로 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술비(유사암제외)가 지급되지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 중합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「암(유사암제외)」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.
- ② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(수술의 정의와 장소)

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

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 - ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 - ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)

- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

⑤ 제4항 제8호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제8호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일로부터 암보장개시일의 전

일 이전에 「암(유사암제외)」로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

15. 암수술비(유사암제외)(최초1회한)

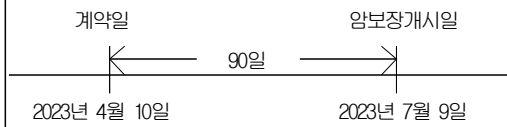
보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암수술비(유사암제외)로 지급합니다.

② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술비(유사암제외)가 지급되지 않습니다.

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

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(수술의 정의와 장소)

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

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

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

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)

- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

- ⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」
- ⑤ 제4항 제8호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제8호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(암노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일로부터 암보장개시일의 전

일 이전에 「암(유사암제외)」로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암수술비(유사암 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입 연체에 관한 세부규정)은 제외합니다.

16. 양성뇌종양진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「양성뇌종양」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 양성뇌종양진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「양성뇌종양」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 양성뇌종양진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 양성뇌종양진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(양성뇌종양의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「양성뇌종양」이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 제8차 한국표준질병사인분류 중 【별표 25[양성뇌종양(경계성종양제외) 대상질병 분류표]】에서 정한 질병을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형, 경계성종양은 보장에서 제외합니다.
- ② 「양성뇌종양」의 진단확정은 의료법 제3조에 따른 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라고 합니다)중 신경과, 신경외과 또는 병리와 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사항 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「양성뇌종양」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계

약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

17. 만성당뇨합병증진단비보장 특별약관

(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「만성당뇨합병증」으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 만성당뇨합병증진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 만성당뇨합병증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 만성당뇨합병증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 만성당뇨합병증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(만성당뇨합병증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「만성당뇨합병증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 만성당뇨합병증으로 분류되는 질병으로, 【별표50(만성당뇨합병증 분류표)】에서 정한 1형 당뇨병, 2형 당뇨병, 영양실조-관련 당뇨병, 기타 명시된 당뇨병, 상세불명의 당뇨병, 기타 당뇨병성 합병증을 말합니다.
- ② 제1항의 「만성당뇨합병증」의 진단확정은 의료법 제3조에 따른 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 반드시 피보험자가 당뇨병의 병력과 함께 다음과 같은 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다. 또한, 회사가 「만성당뇨합병증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

- ① 당뇨병성 망막증 : 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조영술을 시행하여 망막 출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
- ② 당뇨병성 신증 : 소변검사상 단백뇨가 생길수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백질 500mg이상 검출된 경우(단백뇨군으로 분류), 혈청 크레아티닌치가 1.5mg/dl이상인 경우(당뇨로 인한 신부전증으로 분류)
- ③ 당뇨병성 신경병증 : 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우
- ④ 당뇨병성 말초순환장애 : 이학적검사상 피부궤양

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 만성당뇨합병증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

18. 갑상선기능항진증치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「갑상선기능항진증」으로 진단확정되고 「갑상선기능항진증치료」를 받은 경우 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 갑상선기능항진증치료비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(갑상선기능항진증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「갑상선기능항진증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「갑상선기능항진증」으로 분류되는 질병으로 【별표15(갑상선기능항진증대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「갑상선기능항진증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「갑상선기능항진증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 「갑상선기능항진증치료」라 함은 갑상선기능항진증의 직접적인 치료를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

- ① 갑상선절제술을 받은 경우
: 이 특별약관에 있어서 갑상선절제술이라 함은 갑상선엽 전체 혹은 일부를 절제하는 갑상선엽 전절제술(Total Thyroidectomy) 및 갑상선엽 아전절제술(Subtotal Thyroidectomy)을 말합니다.
- ② 방사성요오드 치료를 받은 경우
- ③ 60일 이상 항갑상선제를 처방받은 경우

【용어의 정의】

- 방사성요오드 치료 : 주성분이 요오드화 나트륨에 해당하는 치료
- 항갑상선제 : 주성분이 methimazole, propylthiouracil, carbimazole 에 해당하는 약제

제4조(수술의 정의와 장소)

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

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

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

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 장상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 장상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선기능항진증 치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

19. 종합병원 질병입원일당(1일이상)

보장 특별약관

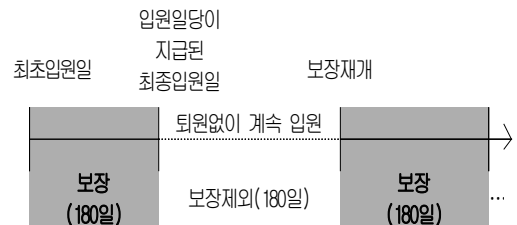
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원(이하 「종합병원」이라 합니다)에 입원하였을 경우 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 종합병원 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

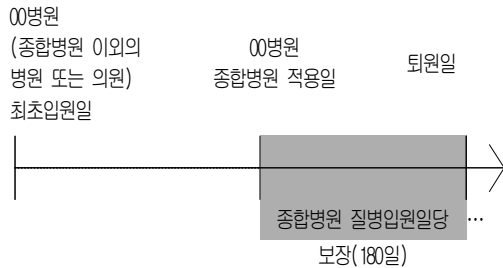
【 종합병원 질병입원일당 [예시]】



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 종합병원 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 종합병원 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하

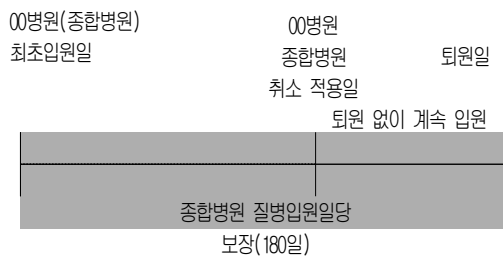
여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 해당하는 경우에는 종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급 사유)에 따라 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

【종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원 중에 종합병원에 해당하는 경우 [예시]】



⑩ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 적용이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

【종합병원 입원 중에 해당병원이 종합병원 적용이 취소된 경우 [예시]】



⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발병된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다)외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

20. 요로결석진단비보장 특별약관

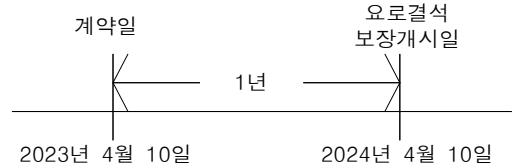
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 요로결석보장개시일 이후에 「요로결석」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 요로결석진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 요로결석보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「요로결석」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 요로결석진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 요로결석진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 요로결석보장개시일이라 함은 계약일 부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 합니다.

【요로결석보장개시일(예시)】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(요로결석의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「요로결석」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「요로결석」으로 분류되는 질병으로 【별표51(요로결석 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「요로결석」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사는 「요로결석」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 요로결석보장개시일의 전일 이전에 「요로결석」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로

된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 요로결석진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 요로결석보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

21. 충수염수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「충수염(맹장염)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 충수염수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(충수염의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「충수염(맹장염)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「충수염(맹장염)」으로 분류되는 질병(【별표23(충수염(맹장염) 분류표)】참조)을 말합니다.

② 제1항의 「충수염(맹장염)」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「충수염(맹장염)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

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

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

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

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아

- 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
 - ④ 미용성형 목적의 수술
 - ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 총수염수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

22. 간질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「간질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 간질환수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(간질환의 정의 및 진단확정)

- ① 「간질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「간질환」으로 분류되는 질병으로서 【별표24(간질환 분류표)】에서 정한 바이러스간염, 간의 질환, 거대세포 바이러스간염 및 특소포자충 간염을 말합니다.
- ② 제1항의 「간질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「간질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

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

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 - ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치

- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

23. 갑상선암 및 기타피부암의 전이암(림프절 등 전이제외)진단비보장 특별약관

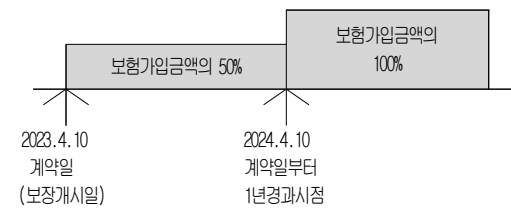
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험기간 중에 피보험자가 「갑상선암」 또는 「기타피부암」으로 진단확정된 이후 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 「전이암진단비」로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
갑상선암 및 기타피부암의 전이암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【전이암진단비(예시)】

< 갑상선암 및 기타피부암의 전이암 >



② 「갑상선암」 또는 「기타피부암」과 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」이 동시에 진단확정된 경우에도 제1항에 따라 보장합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 「전이암진단비」를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 전이암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(갑상선암, 기타피부암 및 갑상선암 및 기타피부암의 전이암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)

을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신 생물)을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어 「갑상선암 및 기타피부암의 전이 암」이라 함은 제1항 및 제2항에서 정한 「갑상선암」 또는 「기타피부암」으로 진단확정된 기관(organ)(【별표 44(기관(organ)분류표】 참조)과 다른 기관(organ)에 「전이 암」으로 진단확정된 「암」을 말합니다.

④ 제3항의 「전이암」이라 함은 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.

⑤ 제4항의 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신 생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성 신 생물(암) 분류표】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

⑥ 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「갑상선암 및 기타피부 암의 전이암」 및 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」 및 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「갑상선 암」, 「기타피부암」, 「갑상선암 및 기타피부암의 전이 암」 및 「암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「갑상선암 및 기타피부 암의 전이암」 및 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신 생물(암))의 경우 일차성 악성신 생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신 생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 각호에 해당하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 「갑상선암」 또는 「기타피부암」으로 인하여 '중피성 및 연조직' (【별표44(기관(organ)분류표】 참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우
- ② 「갑상선암」 또는 「기타피부암」으로 인하여 '비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계' (【별표44(기관(organ)분류표】 참조)에 침윤 또는 전이(metastasis)된 경우

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입 면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

24. 특정희귀난치성질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정희귀난치성질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 특정희귀난치성질환수술비로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제4조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 특정희귀난치성질환수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(특정희귀난치성질환의 정의 및 진단확정)

① 「특정희귀난치성질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「특정희귀난치성질환」으로 분류되는 질병으로서 【별표26(특정희귀난치성질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「특정희귀난치성질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「특정희귀난치성질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

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

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

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

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항에도 불구하고 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약

환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

25. 호흡기관련질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「호흡기관련질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 호흡기관련질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(호흡기관련질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관의 「호흡기관련질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「호흡기관련질병」으로 분류되는 질병으로 【별표27(호흡기관련질병 분류표)】에서 정한 급성 상기도감염, 상기도의 상세불명 질환, 급성인 지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액화농성 만성기관지염, 상세불명의 만성 기관지염, 천식 및 천식지속 상태 또는 폐렴, 재향군인병, 폐렴이 합병된 흉역, 수두폐렴, 거대세포바이러스폐렴 또는 폐 특소포자충증을 말합니다.

② 제1항의 「호흡기관련질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「호흡기관련질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

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

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

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

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

26. 조혈모세포이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「조혈모세포이식」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 조혈모세포이식수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(조혈모세포이식수술의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에 있어 「조혈모세포이식」이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포(hematopoietic stem cell)를 이식하는 시술로서 관련법 규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 장기이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 다만, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

【관련법규】

장기등 이식에 관한 법률 제25조(장기이식의료기관)

- ① 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식하려는 의료기관은 보건복지부장관으로부터 장기이식의료기관(이하 "이식의료기관"이라 한다)으로 지정받아야 한다.
- ② 이식의료기관으로 지정받으려는 의료기관은 대통령령으로 정하는 시설·장비·인력 등을 갖추어야 한다.
- ③ 이식의료기관이 아니면 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식할 수 없다. 다만, 이식의료기관이 아닌 의료기관에서도 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등을 갖춘 경우에는 장기등을 적출할 수 있다.

- 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.

제4조(수술의 정의와 장소)

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

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 - ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 - ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
 - ④ 미용성형 목적의 수술
 - ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

27. 질병후유장해(3~100%)보장 특별약관

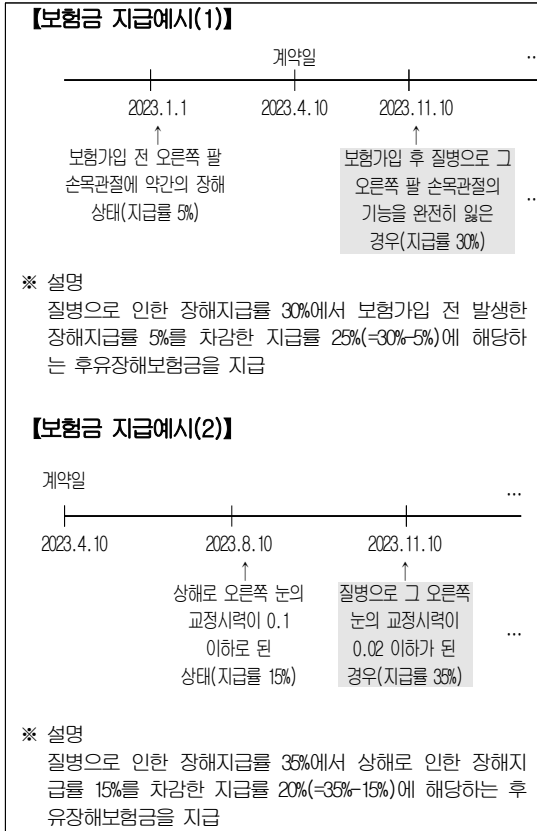
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 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, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 질병으로 인한 후유장애 보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.



제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(특별약관의 소멸)

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

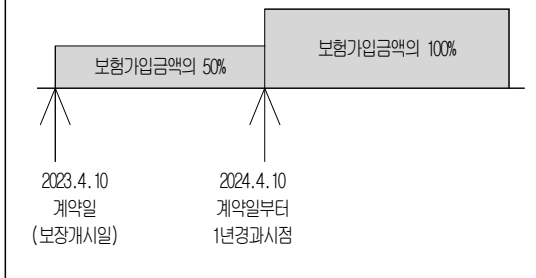
28. 희귀난치성 7대질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「희귀난치성 7대질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 희귀난치성 7대질환진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
희귀난치성 7대질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%

【희귀난치성7대질환진단비[예시]】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 희귀난치성 7대질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 희귀난치성 7대질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 희귀난치성 7대질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(희귀난치성 7대질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「희귀난치성 7대질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「희귀난치성 7대질환」으로 분류되는 질병으로 【별표52(희귀난치성 7대질환 분류표)】에서 정한 재생불량성 빈혈, 운동신경세포병, 파킨슨병, 심근질환(142.4(심내막탄력성유증) 제외), 모야모야병, 전신홍반루푸스, 만성신장병(5기)을 말합니다.

② 제1항의 「희귀난치성 7대질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외

의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 골수검사, 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 근전도검사 및 혈액검사 등 각 질환의 진단적 절차에 따라 시행한 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「희귀난치성 7대질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제1항의 「만성신장병(5기)」은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「N18.5(만성신장병(5기))」로 분류되는 질병으로 보전요법으로는 치료가 불가능하여 신대체요법(복막투석, 혈액투석 및 신장이식)을 받고 있거나 받은 경우(일시적 투석치료를 받는 경우는 제외)를 말합니다.

【신대체요법】

- 복막투석 : 신장 기능이 떨어진 경우 뱃속으로 통하는 관을 삽입하여 투석액을 교환하는 시술
- 혈액투석 : 인공 신장기를 이용하여 혈액 속 노폐물 제거, 신체 내 전해질 균형 유지, 과잉 수분을 제거하는 시술
- 신장이식 : 정상 기능을 할 수 없는 신장을 대신하기 위해서 다른 사람에게서 기증받은 신장을 심어주는 수술

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 희귀난치성 7대질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

29. 32대질병관혈수술비(연간1회한)

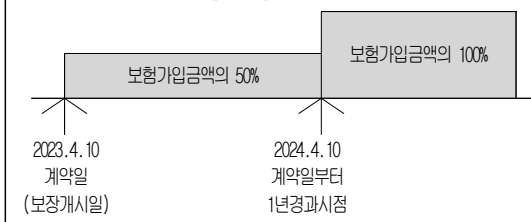
보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「32대질병」으로 진단확정되고 그 「32대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소) 제5항에서 정한 관혈수술을 받은 경우 각 질병당 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 32대질병관혈수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
32대 질병	5대질병 관혈수술시	5대질병 관혈수술비 보장 보험가입금액의 50%	5대질병 관혈수술비 보장 보험가입금액의 100%
	9대질병 관혈수술시	9대질병 관혈수술비 보장 보험가입금액의 50%	9대질병 관혈수술비 보장 보험가입금액의 100%
	14대질병 관혈수술시	14대질병 관혈수술비 보장 보험가입금액의 50%	14대질병 관혈수술비 보장 보험가입금액의 100%
	4대질병 관혈수술시	4대질병 관혈수술비 보장 보험가입금액의 50%	4대질병 관혈수술비 보장 보험가입금액의 100%

【32대질병관혈수술비(예시)】



② 제1항에서 「각 질병당」은 【별표33(32대질병 분류표)】의 질병구분을 기준으로 합니다.

③ 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 두가지 이상의 질병으로 진단확정되고 동일 일자에 시행한 수술은 1회의 수술비만 지급합니다.

다만, 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료 목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다. 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식

기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

【32대질병관혈수술비 지급예시】

거미막하출혈(160)[5대질병]과 대동맥동맥류 및 박리(171)[9대질병]로 진단확정되고, 거미막하출혈의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 [5대질병관혈수술]에 해당하는 보험금 지급

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

제3조(32대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「32대질병」이라 함은 「5대질병」, 「9대질병」, 「14대질병」 및 「4대질병」을 총칭합니다.

② 제1항의 「5대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 5대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표 33(32대질병 분류표)】에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 신부전, 폐질환을 말합니다.

③ 제1항의 「9대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 9대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표 33(32대질병 분류표)】에서 정한 만성하부호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양, 결핵, 갑상선질환, 동맥경화증, 대동맥류, 폐렴, 급성 췌장염, 췌장질환을 말합니다.

④ 제1항의 「14대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 14대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표 33(32대질병 분류표)】에서 정한 소화계통의 양성신생물(D13), 중아 호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 비뇨기관의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 특정 장질환, 담석증, 담낭담도질환, 안면 신경장애를 말합니다.

⑤ 제1항의 「4대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 4대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표 33(32대질병 분류표)】에서 정한 여성생식기의 양성종양, 남성생식기의 양성종양, 관절염, 생식기질환을 말합니다.

⑥ 「32대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「32대질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

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

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 - ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 - ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
 - ④ 미용성형 목적의 수술
 - ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)의 「관혈수술」이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다. 다만, 제6항에서 정한 「비관혈수술」은 포함되지 않습니다.
- ⑥ 「비관혈수술」이라 함은 「내시경수술」, 「카테터수술」, 「신의료수술」을 말합니다.

- ① 「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의리기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은

제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.

- ② 「카테터수술」이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물주입」과 「중심정맥관 삽입술」은 제외합니다.
- ③ 「신의료수술」이라 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 특정질병 및 특정다빈도질병의 직접치료를 목적으로 하는 「치료적 방사선 조사」를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입」과 「중심정맥관삽입술」은 제외합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

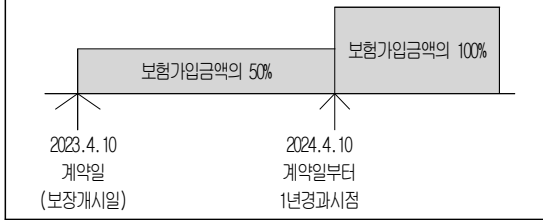
30. 5대질환수술비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「5대질환」으로 진단확정되고 그 「5대질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우 각 질병당 「관혈/비관혈」 수술 각각 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 5대질환수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
5대 질환	관혈 수술시	5대질환 수술비[관혈]보장 보험가입금액의 50%	5대질환 수술비[관혈]보장 보험가입금액의 100%
	비관혈 수술시	5대질환 수술비[비관혈]보장 보험가입금액의 50%	5대질환 수술비[비관혈]보장 보험가입금액의 100%

【5대질환수술비(예시)】



- ② 제1항에서 「각 질병당」은 【별표34(5대질환 분류표)】의 질병구분을 기준으로 합니다.
- ③ 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(5대질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「5대질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 5대질환으로 분류되는 질병으로, 【별표34(5대질환 분류표)】에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 신부전 및 폐질환을 말합니다.
- ② 「5대질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서

에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「5대질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

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

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 - ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
 - ④ 미용성형 목적의 수술
 - ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

⑤ 제1조(보험금의 지급사유)의 「관혈수술」이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유)의 「비관혈수술」이라 함은 「내시경수술」, 「카테터수술」, 「신의료수술」을 말합니다.

① 「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 직접영상(조영제 등을 통한 간접영상은 제외)을 통하여 보면서 시행하는 직접치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.

② 「카테터수술」이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물주입」과 「중심정맥관 삽입술」은 제외합니다.

③ 「신의료수술」이라 함은 보건복지부에 신의료기술포로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 특정질환 및 특정다빈도질환의 직접치료를 목적으로 하는 「치료적 방사선 조사」를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입」과 「중심정맥관삽입술」은 제외합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

31. 요실금수술비(급여)(연간1회한)

보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(여성을 대상으로 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「요실금」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 요실금수술(급여)을 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 요실금수술비로 지급합니다.

② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(요실금, 요실금수술(급여)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「요실금」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「요실금」으로 분류되는 질병으로, 【별표35(요실금 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「요실금」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한, 회사가 「요실금」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 이 특별약관에 있어 「요실금수술(급여)」이라 함은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「요실금수술」 항목에서 급여(전액본인부담 제외)항목이 발생한 경우로서 【별표36(요실금수술 분류표)】에서 정한 「요실금수술 대상 진료행위코드」를 말합니다.

④ 제3항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 「요실금수술 대상 진료행위코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「요실금수술 대상 진료행위코드」를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고, 이 특별약관에서 보장하는 「요실금」 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 함)

다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

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

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

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(치료비세부내역서(요실금수술 보험금의 경우 「건강보험심사평가원 진료행위코드」 필수 기재), 진단서 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)

에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

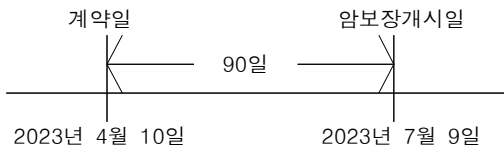
32. 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 암요양병원입원일당으로 지급합니다.

② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



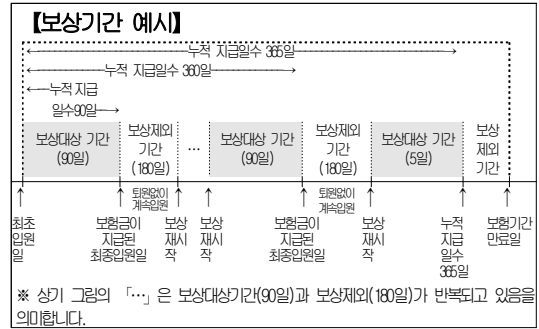
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 암요양병원입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고 한도로 합니다.

② 피보험자가 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 1일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암 등의 질병」에 대한 입원이라도 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 보장개시일부터 지급된 암요양병원입원일당 보험금의 누적 지급일수(이하 「누적 지급일수」라 합니다)가 365일 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 암요양병원입원일당 보험금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단 받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.



⑤ 피보험자가 「암 등의 질병」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암요양병원입원일당을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에 있어 「암 등의 질병」이라 함은 「암(유사암제외)」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암 등의 질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암 등의 질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

⑨ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사가 「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

33. 유사암수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 유사암수술비가 지급되지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
- ⑤ 이 특별약관에 있어 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.
- ⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(수술의 정의와 장소)

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

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 - ① 흡인(吸引, 주사가 등으로 빨아들이는 것)
 - ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 - ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)

- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

- ⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

⑤ 제4항 제8호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제8호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약

환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

34. 갑상선암(초기제외)진단비보장 특별약관

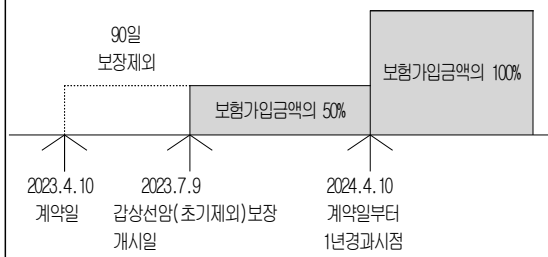
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 갑상선암(초기제외)보장개시일 이후에 「갑상선암(초기제외)」로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암(초기제외)진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
갑상선암(초기제외) 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【갑상선암(초기제외)진단비[예시]

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)

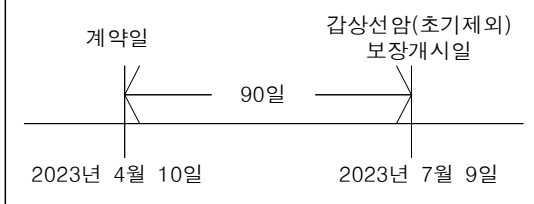


② 피보험자가 보험기간 중 갑상선암(초기제외)보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「갑상선암(초기제외)」로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 갑상선암(초기제외)진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 갑상선암(초기제외)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 갑상선암(초기제외)보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【갑상선암(초기제외)보장개시일[예시]

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(갑상선암(초기제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「초기갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「갑상선암」중에서 유두암(Papillary Cancer) 또는 여포암(Follicular Cancer)이고, 병리학적으로 암 종양의 크기가 2.0cm미만으로서 갑상선 내부에 한정되며, 림프절전이나 원격전이가 없는 갑상선암을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 「갑상선암(초기제외)」라 함은 제1항에서 정한 「갑상선암」중에서 제2항에서 정한 「초기갑상선암」을 제외한 질병을 말합니다.

④ 「갑상선암(초기제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「갑상선암(초기제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「갑상선암(초기제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「갑상선암(초기제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 갑상선암(초기제외) 보장개시일의 전일 이전에 「갑상선암(초기제외)」로 진단 확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암(초기제외)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 갑상선암(초기제외)보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

35. 상급종합병원 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관

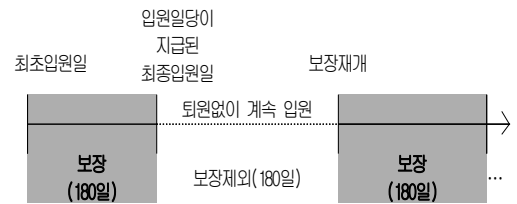
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원(이하 「상급종합병원」이라 합니다)에 입원하였을 경우 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

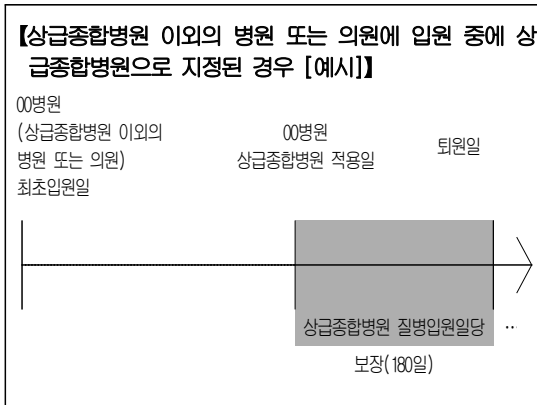
- ① 상급종합병원 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【 상급종합병원 질병입원일당 [예시]】

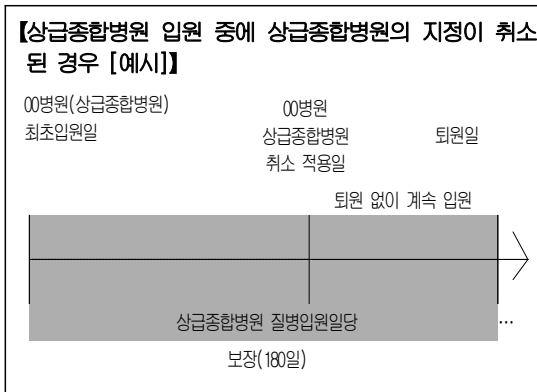


- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 상급종합병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급종합병원 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.



⑩ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.



⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중

에 발병된 합병증 또는 새로이 발병된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무에 관계 전문가 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와

보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

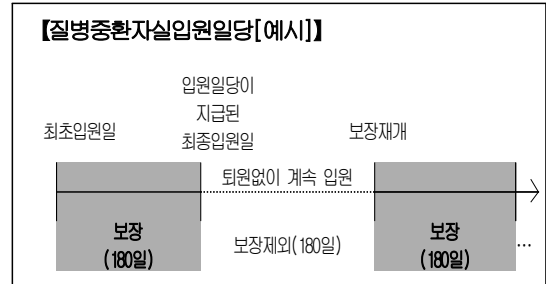
36. 질병중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중환자실」이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.
- ② 질병중환자실입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 질병중환자실입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2항에 따라 질병중환자실입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

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

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

[의료법 시행규칙 별표4] 의료기관의 시설규격

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 「신생아중환자실」이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 「병상 1개당 면적」은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소측정기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 양부백(마스크 포함), 심전도기록기, 체세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 체세동기 대신 광선기와 집중치료를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

제6조(준용규정)

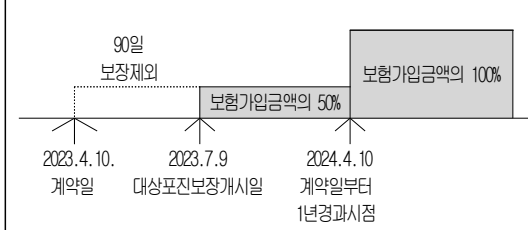
37. 대상포진진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 대상포진보장개시일 이후에 「대상포진」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 대상포진진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
대상포진 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%

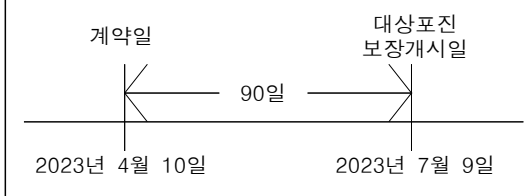
【대상포진진단비(예시)】



② 피보험자가 보험기간 중 대상포진보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 대상포진으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 대상포진 진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 대상포진진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 대상포진보장개시일이라 함은 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

【대상포진보장개시일(예시)】



제2조(대상포진의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「대상포진」이라 함은 제8차 한국 표준질병사인분류에 있어서 「대상포진」으로 분류되는 질병으로 【별표39(대상포진대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「대상포진」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「대상포

진」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 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(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 대상포진보장개시일의 전일 이전에 「대상포진」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 대상포진보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

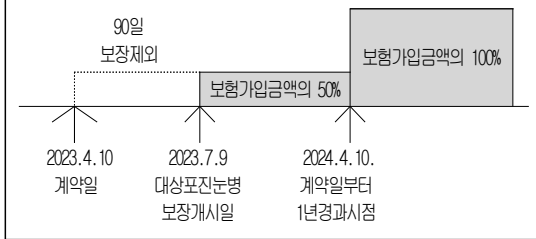
38. 대상포진농병진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중대상포진농병보장개시일 이후에 「대상포진농병」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 대상포진농병진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
대상포진농병 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

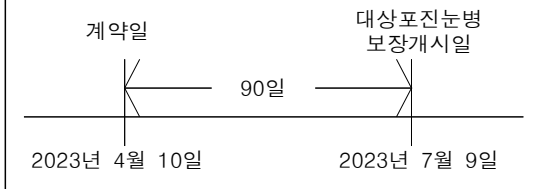
【대상포진농병진단비(예시)】



② 피보험자가 보험기간 중 대상포진농병보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 대상포진농병으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 대상포진농병진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 대상포진농병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 대상포진농병보장개시일이라 함은 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

【대상포진농병보장개시일(예시)】



제2조(대상포진농병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「대상포진농병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「대상포진농병」으로 분류되는 질병으로 【별표40(대상포진농병대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「대상포진농병」의 진단확정은 의료법 제3조

(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「대상포진농병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 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(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 대상포진농병보장개시일의 전일 이전에 「대상포진농병」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진농병진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 대상포진농병보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

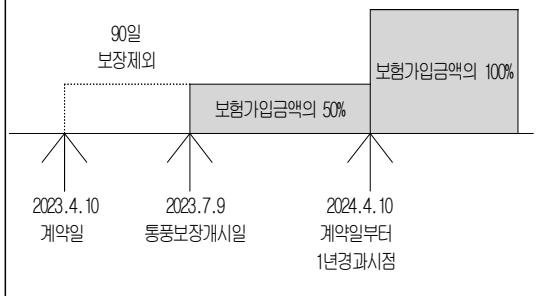
39. 통풍진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중통풍보장개시일 이후에 「통풍」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통풍진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

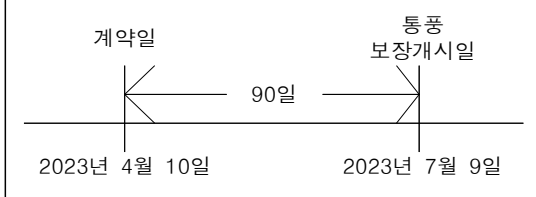
구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
통풍 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%

【통풍진단비[예시]】



- ② 피보험자가 보험기간 중 통풍보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 통풍으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 통풍진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 통풍진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ③ 이 특별약관에서 통풍보장개시일이라 함은 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

【통풍보장개시일[예시]】



제2조(통풍의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「통풍」이라 함은 제8차 한국표준 질병사인분류에 있어서 「통풍」으로 분류되는 질병으로 【별표41(통풍대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「통풍」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하

여 내려져야 하며 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「통풍」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 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 통풍보장개시일의 전일 이전에 「통풍」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 통풍진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 통풍보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

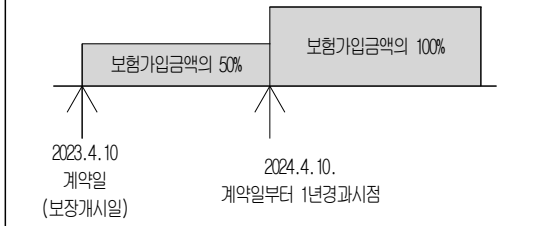
40. 간경변증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「간경변증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 간경변증진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
간경변증 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【간경변증진단비(예시)】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 간경변증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 간경변증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 간경변증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(간경변증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「간경변증」이라 함은 제8차 한국 표준질병사인분류에 있어서 「간경변증」으로 분류되는 질병으로 【별표42(간경변증대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「간경변증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사는 「간경변증」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 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 간경변증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

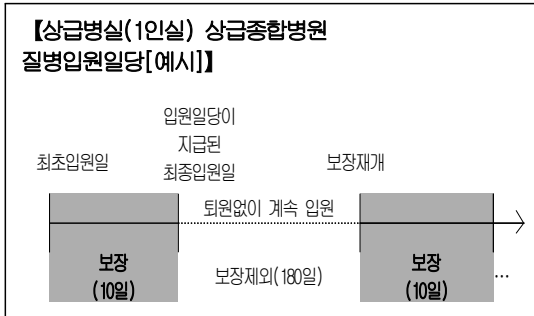
41. 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당(일이상 10일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원(이하 「상급종합병원」이라 합니다) 1인실에 입원하였을 경우 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

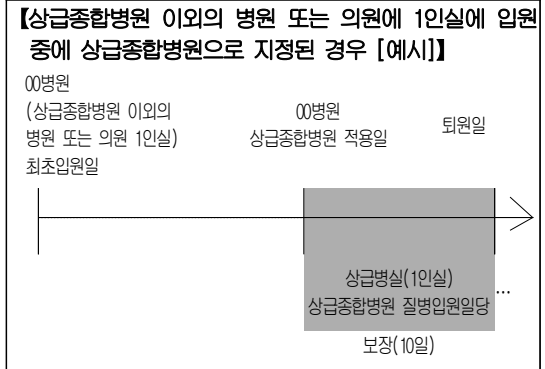
- ① 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 10일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



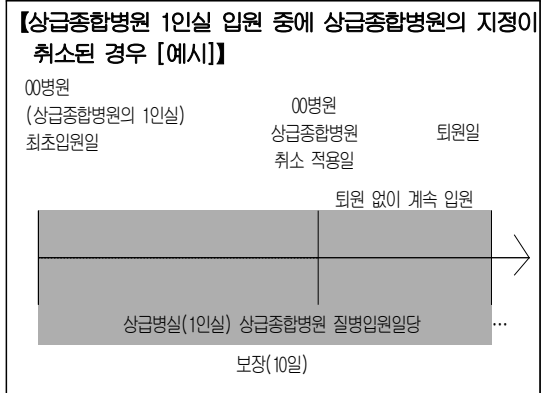
- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 다른 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받

던 중 상급종합병원 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

- ⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.



- ⑩ 피보험자가 상급종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.



- ⑪ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.
- ⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서

정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발병된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무에 관계 전문가 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑥ 성병

⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

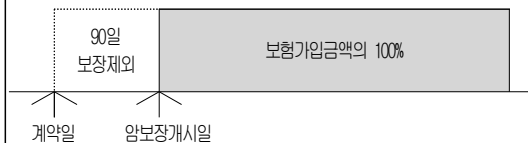
42. 계속받는 항암방사선약물치료비(급여) (연간1회)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

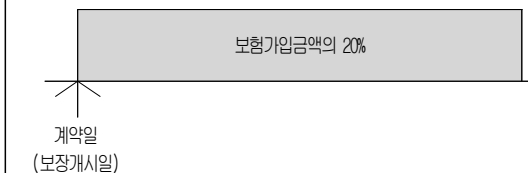
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(급여 항암방사선·약물치료의 정의)에서 정한 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 급여 항암방사선약물치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암(유사암제외)으로 급여 항암방사선·약물치료시 (단, 연간1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암으로 급여 항암방사선·약물치료시 (단, 기타피부암, 갑상선암 각각 연간1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 20%

【계속받는 항암방사선약물치료비(급여)【예시】 (단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당) < 암(유사암제외)>



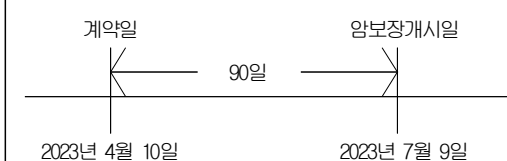
< 기타피부암 및 갑상선암 >



② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일【예시】】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은

원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(급여 항암방사선·약물치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어 「급여 항암방사선치료」라 함은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「항암방사선치료」항목에서 급여(전액본인부담 제외)항목이 발생한 경우로서 【별표 47(급여 항암방사선치료 분류표)】에서 정한 「항암방사선치료 대상 진료행위코드」를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 「항암방사선치료 대상 진료행위코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「항암방사선치료 대상 진료행위코드」를 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 급여 항암방사선치료 분류표에서 정한 진료행위 외에 「항암방사선치료 대상 진료행위코드」에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위에 포함하는 것으로 합니다.
- ④ 제1항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.
- ⑤ 이 특별약관에 있어 「급여 항암약물」이라 함은 【별표 48(급여 항암약물 분류표)】에서 정한 약제를 말합니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 「급여 항암약물」이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「급여 항암약물」을 따릅니다.
- ⑦ 제5항 및 제6항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 【별표48(급여 항암약물 분류표)】에 해당하는 약제 외에 「급여 항암약물」에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 합니다. 단, 보건복지부 고시 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」에서 정한 요양급여의 세부인정기준 및 방법을 벗어난 경우 또는 영수증 및 이에 대한 세부내역을 통해 그 비용의 전액을 환자가 부담한 것으로 확인되는 경우는 해당하지 않습니다.
- ⑧ 이 특별약관에 있어 「급여 항암약물치료」라 함은

「급여 항암약물」을 투여하는 것을 말합니다.

- ⑨ 이 특별약관에 있어 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 「항암약물」을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(특별약관의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 보험료 납입이 연체된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」필수기재) 등)
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

43. 암직접치료통원일당(상급종합병원)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 암직접치료통원일당으로 지급합니다. 다만, 상급종합병원 암직접치료통원일당의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한합니다.

② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 암직접치료통원일당의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「암 등의 질병의 직접적인 치료」를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「암 등의 질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암 등의 질병」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암 등의 질병」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 암직접치료통원일당을 지급합니다.

④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 암직접치료통원일당을 지급합니다.

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

에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「암 등의 질병」이라 함은 「암(유사암제외)」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑦ 「암 등의 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의 학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암 등의 질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암 등의 질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 등의 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

⑨ 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.

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(「암 등의 질병의 직접적인 치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 등의 질병의 직접적인 치료」라 함은 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암 등의 질병」을 제거하거나 「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

③ 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

② 면역력 강화 치료

③ 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암 등의 질병의 직접적인 치료」로 봅니다.

① 「암 등의 질병」의 제거 또는 「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료

② 「암 등의 질병」의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료

③ 「암 등의 질병」의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 「암 등의 질병」이나 「암 등의 질병」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 「홍스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의)】

3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무에 관계 전문가 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 함는다)가 「암 등의 질병」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말한다.

② 이 특별약관에서 「암 등의 질병」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「암 등의 질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「암 등의 질병」의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암 등의 질병」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 통원으로 본다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「암 등의 질병」으로 진단된 경우에 이는 「암 등의 질병」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 본다.

제6조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말한다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제8조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일로부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제9조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서 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.

제10조(특별약관의 소멸)

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

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

44. 결핵진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「결핵」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 결핵진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 결핵으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 결핵진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 결핵진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(결핵의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「결핵」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「결핵」으로 분류되는 질병으로 【별표53(결핵분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「결핵」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 회사가 약제감수성검사의 확인이 필요한 경우 결핵균 검사 결과지의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 결핵진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

45. 중대한재생불량성빈혈진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「중대한재생불량성빈혈」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한재생불량성빈혈진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 중대한재생불량성빈혈으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 중대한재생불량성빈혈진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 중대한재생불량성빈혈진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(중대한재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「중대한재생불량성빈혈」이라 함은 「영구적인 재생불량성빈혈」로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 치료를 받고 있고 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병 상태를 말하며, 일시적이거나 회복이 가능한 재생불량성빈혈은 보장에서 제외 됩니다.
- ② 제1항의 「영구적인 재생불량성빈혈」이라 함은 만성 골수부전상태로써 호중구 수가 200/mm³미만이거나, 또는 골수세포총살성(bone marrow cellularity)이 25%이하이고 동시에 다음중 2가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.
 - ① 호중구 수가 500/mm³미만
 - ② 혈소판 수가 20,000/mm³미만
 - ③ 망상적혈구 수가 20,000/mm³미만
- ③ 「중대한재생불량성빈혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「중대한재생불량성빈혈」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한재생불량성빈혈진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는

이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

46. 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비보장 특별약관

로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」으로 진단 확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 약제내성결핵(슈퍼결핵포함) 진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(약제내성결핵(슈퍼결핵포함)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」으로 분류되는 질병으로 【별표54(약제내성결핵(슈퍼결핵포함)분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 회사가 약제감수성검사의 확인이 필요한 경우 결핵균 검사 결과지의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으

47. 뇌졸중통원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 뇌졸중통원일당보장
- 뇌졸중상급종합병원통원일당보장

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고 그 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 아래의 금액을 뇌졸중통원일당(1일이상 30일한도)로 지급합니다. 다만, 뇌졸중통원일당(1일이상 30일한도)의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며 세부보장 각각 연간 30일을 한도로 지급합니다.

구분	지급사유	지급금액
뇌졸중 통원일당	병원 (의원 포함) 통원시	뇌졸중통원일당보장 보험가입금액의 100% (단, 연간30일에 한하여 지급)
뇌졸중 상급종합 병원통원일당	상급종합 병원 통원시	뇌졸중상급종합병원통원일당보장 보험가입금액의 100% (단, 연간30일에 한하여 지급)

② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【지급금액 예시】

기준 : 뇌졸중통원일당보장 보험가입금액 1만원, 뇌졸중상급종합병원통원일당 보험가입금액 5만원

(사례1)

- 2023.4.5. ~ 2023.4.9. (5일)
상급종합병원이 아닌 병원에 1일 1회 통원시
→ 1만원(뇌졸중통원일당) x 5회 = 5만원지급

(사례2)

- 2023.4.5. ~ 2023.4.9. (5일)
상급종합병원에 1일 1회 통원시
→ 5만원(뇌졸중상급종합병원통원일당) x 5회
+ 1만원(뇌졸중통원일당) x 5회 = 30만원지급

(사례3)

- 2023.4.5. ~ 2023.4.7. (3일)
상급종합병원에 1일 1회 통원 및
- 2023.4.8. ~ 2023.4.9. (2일)
상급종합병원이 아닌 병원에 1일 1회 통원시
→ 5만원(뇌졸중상급종합병원통원일당) x 3회
+ 1만원(뇌졸중통원일당) x 5회 = 20만원지급

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 「뇌졸중상급종합병원통원일당」의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「뇌졸중」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「뇌졸중」의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 「뇌졸중상급종합병원통원일당」을 지급합니다.

④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 「뇌졸중상급종합병원통원일당」을 지급합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표6(뇌졸중대상질환 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「뇌졸중」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「뇌졸중」으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「뇌졸중」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「뇌졸중」으로 진단된 경우에 이는 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

제6조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

48. 급성심근경색증통원일당 (1일이상 30일한도)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 급성심근경색증통원일당보장
- 급성심근경색증상급종합병원통원일당보장

- 2023.4.5. ~ 2023.4.7. (3일)
상급종합병원에 1일 1회 통원 및
- 2023.4.8. ~ 2023.4.9. (2일)
상급종합병원이 아닌 병원에 1일 1회 통원시
→ 5만원(급성심근경색증상급종합병원통원일당) x 3회
+ 1만원(급성심근경색증통원일당) x 5회 = 20만원지급

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되고 그 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 보험수익자에게 통원 1회당 아래의 금액을 급성심근경색증통원일당(1일이상 30일한도)로 지급합니다. 다만, 급성심근경색증통원일당(1일이상 30일한도)의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며 세부보장 각각 연간 30일을 한도로 지급합니다.

구분	지급사유	지급금액
급성심근경색증 통원일당	병원(의원 포함) 통원시	급성심근경색증통원일당 보장 보험가입금액의 100% (단, 연간30일에 한하여 지급)
급성심근경색증 상급종합병원 통원일당	상급종합병원 통원시	급성심근경색증상급종합 병원통원일당보장 보험가입금액의 100% (단, 연간30일에 한하여 지급)

② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【지급금액 예시】

기준 : 급성심근경색증통원일당보장 보험가입금액 1만원, 급성심근경색증상급종합병원통원일당 보험가입금액 5만원

(사례1)

- 2023.4.5. ~ 2023.4.9. (5일)
상급종합병원이 아닌 병원에 1일 1회 통원시
→ 1만원(급성심근경색증통원일당) x 5회 = 5만원
지급

(사례2)

- 2023.4.5. ~ 2023.4.9. (5일)
상급종합병원에 1일 1회 통원시
→ 5만원(급성심근경색증상급종합병원통원일당) x 5회
+ 1만원(급성심근경색증통원일당) x 5회 = 30만원지급

(사례3)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 「급성심근경색증상급종합병원통원일당」의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「급성심근경색증」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「급성심근경색증」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 「급성심근경색증상급종합병원통원일당」을 지급합니다.

④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 「급성심근경색증상급종합병원통원일당」을 지급합니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표7(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 「급성심근경색증」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「급성심근경색증」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「급성심근경색증」으로 진단된 경우에 이는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

제6조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으

로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무에 관계 전문가 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

49. 암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한) 보장 특별약관

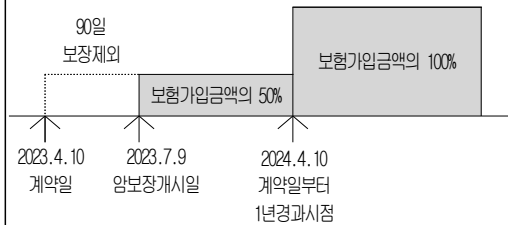
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고, 그 「암(유사암제외)」으로 인한 통증 완화를 목적으로 피보험자가 제3조(암특정통증완화치료(급여)의 정의)에서 정한 「암특정통증완화치료(급여)」를 받은 경우에는 연간1회에 한하여 아래의 금액을 암특정통증완화치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
암특정통증완화치료시 (급여, 연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【암특정통증완화치료비[예시]】

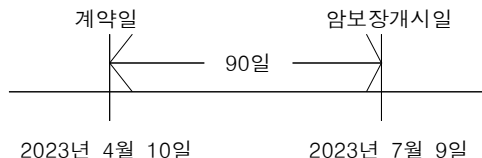
(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)



② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상

태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병비한의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제3조(암특정통증완화치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「암특정통증완화치료(급여)」라 함은 「신경차단·파괴치료(급여)」 또는 「마약성진통제 치료(급여)」 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 「신경차단·파괴치료(급여)」라 함은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 【별표55(신경차단·파괴치료(급여) 대상 수가코드)】에 해당하는 치료를 말합니다.
2. 「마약성진통제치료(급여)」라 함은 「마약성진통제

(급여)」를 회수(일수)가 연간 30회(일)이상 처방 받는 경우를 말합니다. 「마약성진통제(급여)」라 함은 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 분류번호 중 아래 800, 810, 811, 812, 820, 821, 829, 890에 해당하는 약제를 말합니다.

분류번호 및 약효분류
800 마약
810 알칼로이드 마약(천연)
811 아편알칼로이드계 제제
812 코카알칼로이드계 제제
820 비알칼로이드계 마약
821 합성 마약
829 기타의 비알칼로이드계 마약
890 기타의 마약

② 제1항의 「암특정통증완화치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「신경차단·파괴치료(급여)」또는 「마약성진통제치료(급여)」항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

③ 제1항 제2호에서 「연간 30회(일)이상 처방받는 경우」라 함은 「마약성진통제(급여)」의 「연간」처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 「마약성진통제(급여)」를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30회(일)이상인 경우를 말합니다.

④ 제3항의 처방일수 합산시 기준일자는 「마약성진통제(급여)」를 처방받은 날로 합니다.

⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「신경차단·파괴치료(급여)」 및 「마약성진통제치료(급여)」에 준하여 「신경차단·파괴치료(급여)」 및 「마약성진통제치료(급여)」를 결정합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서

가. 「신경차단·파괴치료(급여)」를 받은 경우 : 진료확인서(「통증의 원인」필수기재), 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)」필수 기재), 진료기록부 등

나. 「마약성진통제치료(급여)」를 받은 경우 : 진료확인서(「통증의 원인」필수기재), 진단서, 진료기록부, 요양급여비용명세서(상병명 및 총 투여일수 필수기재) 등

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입연체에 관한 세부규정)은 제외합니다.

50. 암특정재활치료비(급여, 1일1회한, 연간20회한)

보장 특별약관

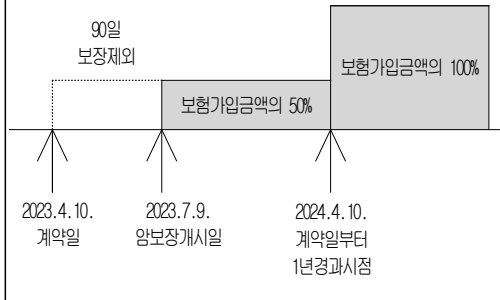
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고, 입원 중에 「암특정재활치료(급여)」(이하 「입원 암특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 「암특정재활치료(급여)」(이하 「외래 암특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우 각각 1일 1회에 한하여 아래의 금액을 암특정재활치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
암특정재활치료시 (급여, 1일1회한, 연간20회한)	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%

【암특정재활치료비(예시)】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

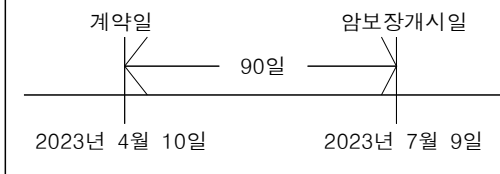


② 제1항의 암특정재활치료비는 연간 발생한 「입원 암특정재활치료(급여)」와 「외래 암특정재활치료(급여)」를 합산하여 연간 최대 20회 한도로 지급합니다.

③ 제2항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일(예시)】(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선전준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제3조(암특정재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「암특정재활치료(급여)」라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료 목적의 암 치료 중, 암 치료 완료 후 암 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 전문재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장애를 최

소화시키는 과정을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암특정재활치료(급여)」라 함은 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 해당하는 아래의 진료행위가 발생한 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
단순운동치료[1일당]	MM101
운동치료-복합운동치료[1일당]	MM102
운동치료-등속성운동치료[1일당]	MM103
작업치료-단순작업치료	MM111
작업치료-복합작업치료	MM112
작업치료-특수작업치료	MM113
일상생활동작훈련치료[1일당]	MM114
압박치료[1일당]	MM190
복합림프물리치료[1일당]	MM200
재활기능치료-매트밋이동치료	MM301
재활기능치료-보행치료	MM302
항문직장및골반근의생체피막이식치료[1일당]	MX031
연하장애재활치료	MX141
연하재활 - 기능적전기자극치료	MZ008

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「암특정재활치료(급여)」 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제2항의 「암특정재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

(예시) 암 진단을 받은 피보험자가 암 진단과 관련이 없는 질병, 상해로 암특정재활치료(급여)를 받은 경우는 보장하지 않습니다.

제4조(입원 및 통원의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입원하지 않

고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 다음 각 호의 경우에는 「입원 암특정재활치료(급여)」와 「외래 암특정재활치료(급여)」 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.

1. 피보험자가 동일한 날에 「입원 암특정재활치료(급여)」를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 「외래 암특정재활치료(급여)」를 받은 경우
2. 피보험자가 동일한 날에 「외래 암특정재활치료(급여)」를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 「입원 암특정재활치료(급여)」를 받은 경우

【예시1】

병원에 통원하여 「단순운동치료(MM101)」, 「작업치료-단순작업치료(MM111)」, 「재활기능치료-보행치료(MM302)」 재활치료를 모두 동일한 날에 받은 경우
⇒ 「지급금액×1회」에 해당하는 보험금 지급
(여러 진료행위를 받더라도 1일 1회에 한함)

【예시2】

병원에 통원하여 「단순운동치료(MM101)」 재활치료를 받고, 그 날 병원에 입원하여 「작업치료-단순작업치료(MM111)」와 「재활기능치료-보행치료(MM302)」 재활치료를 받은 경우
⇒ 「지급금액×2회」에 해당하는 보험금 지급
(외래 1회 + 입원 1회)

【예시3】

연간 1년내에 병원에 입원하여 15일에 해당하는 암특정재활치료(급여)를 받고, 퇴원 후 병원에 통원하여 10일에 해당하는 암특정재활치료(급여)를 받은 경우
⇒ 「지급금액×20회」에 해당하는 보험금 지급
(25회(입원 15회와 외래 10회를 더한 값) 재활치료를 받았으나, 연간 20회 한도로 함)

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

후기, 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진료확인서(「재활치료의 원인」 필수 기재), 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제9조(특별약관의 소멸)

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

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

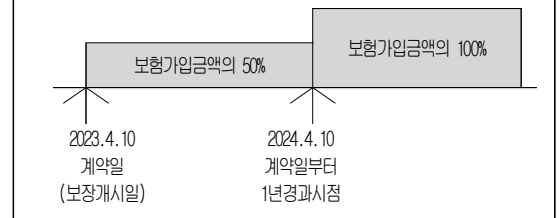
51. 2대질병특정재활치료비 (급여, 1일1회한, 연간90회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「2대질병」으로 진단확정되고 병원에 입원 중에 「2대질병특정재활치료(급여)」(이하 「입원 2대질병 특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 「2대질병특정재활치료(급여)」(이하 「외래 2대질병 특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 아래의 금액을 2대질병특정재활치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
2대질병특정재활치료시 (급여, 1일1회한, 연간90회한)	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%

【2대질병특정재활치료비[예시]】



② 제1항의 2대질병특정재활치료비는 연간 발생한 「입원 2대질병특정재활치료(급여)」와 「외래 2대질병특정재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 최대 90회 한도로 지급합니다.

③ 제2항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(2대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「2대질병」이라 함은 제8차 한국표준 질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 【별표6(뇌졸중대상질환 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 【별표7(급성심근경색증대상질환 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

④ 「2대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서

에 의합니다. 단, 뇌졸중의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 급성심근경색증의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「2대질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「2대질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「2대질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(2대질환특정재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「2대질환특정재활치료(급여)」라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료 목적의 2대질환 치료 중, 2대질환 치료 완료 후 2대질환 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 전문재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장애를 최소화시키는 과정을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「2대질환특정재활치료(급여)」라 함은 「2대질환」의 치료를 목적으로 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 해당하는 아래의 진료행위가 발생한 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
단순운동치료[1일당]	MM101
운동치료-복합운동치료[1일당]	MM102
운동치료-등속성운동치료[1일당]	MM103
압박치료[1일당]	MM190
복합리프롤리치료[1일당]	MM200
풀치료-보행풀[1일당]	MM047
풀치료-전신풀[1일당]	MM048
중추신경계발달재활치료	MM105
작업치료-단순작업치료	MM111
작업치료-복합작업치료	MM112
작업치료-특수작업치료	MM113
일상생활동작훈련치료[1일당]	MM114
신경인성방광훈련치료	MM120
기능적전기자극치료	MM151
근막동통유발점주사자극치료[1일당]	MM131

근막동통유발점주사자극치료[1일당]-2부 위이상각각 실시	MM132
호흡재활치료[1일당]	MM290
재활기능치료-매트밋이동치료	MM301
재활기능치료-보행치료	MM302
연하재활-기능적전기자극치료	MZ008
연하장애재활치료	MX141
심장재활-심장재활치료	MM453

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「2대질환특정재활치료(급여)」 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제2항의 「2대질환특정재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

(예시) 2대질환 진단을 받은 피보험자가 2대질환 진단과 관련이 없는 질병, 상해로 2대질환특정재활치료비를 받은 경우는 보장하지 않습니다.

제4조(입원 및 통원의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 지급사유의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 다음 각 호의 경우에는 「입원 2대질환특정재활치료(급여)」와 「외래 2대질환특정재활치료(급여)」 각각에 대해 1일 1회에 한하여 보장합니다.

1. 피보험자가 동일한 날에 「입원 2대질환특정재활치료(급여)」를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 「외래 2대질환특정재활치료(급여)」를 받은

경우

2. 피보험자가 동일한 날에 「외래 2대질병특정재활치료(급여)」를 받은 후 동일 의료기관 또는 타 의료기관에서 「입원 2대질병특정재활치료(급여)」를 받은 경우

【예시1】

병원에 통원하여 「단순운동치료(MM101)」, 「중추신경계발달재활치료(MM105)」, 「재활기능치료-보행치료(MM302)」 재활치료를 모두 동일한 날에 받은 경우
⇒ 「지급금액×1회」에 해당하는 보험금 지급
(여러 진료행위를 받더라도 1일 1회에 한함)

【예시2】

병원에 통원하여 「단순운동치료(MM101)」 재활치료를 받고, 그 날 병원에 입원하여 「중추신경계발달재활치료(MM105)」와 「재활기능치료-보행치료(MM302)」 재활치료를 받은 경우
⇒ 「지급금액×2회」에 해당하는 보험금 지급
(외래 1회 + 입원 1회)

【예시3】

연간 1년내에 병원에 입원하여 80일에 해당하는 2대질병특정재활치료(급여)를 받고, 퇴원 후 병원에 통원하여 20일에 해당하는 2대질병특정재활치료(급여)를 받은 경우
⇒ 「지급금액×90회」에 해당하는 보험금 지급
(100회(입원 80회와 외래 20회를 더한 값) 재활치료를 받았으나, 연간 90회 한도로 함)

가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부 등)

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

제8조(특별약관의 소멸)

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진료확인서(「재활치료의 원인」 필수 기재), 진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평

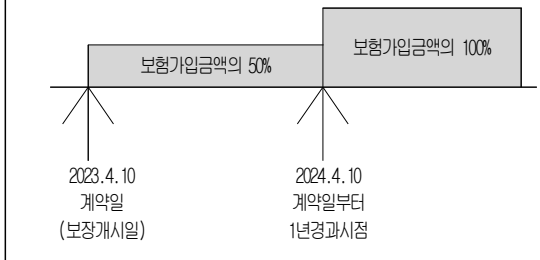
52. 급성간염(A,B,C형)진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 「급성간염(A,B,C형)」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성간염(A,B,C형)진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전 일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
급성간염(A,B,C형)진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【급성간염(A,B,C형)진단비[예시]】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 급성간염(A,B,C형)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 급성간염(A,B,C형)진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 급성간염(A,B,C형)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(급성간염(A,B,C형)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성간염(A,B,C형)」이라 함은 【별표29(급성간염(A,B,C형) 분류표)】에서 정한 급성 A형간염, 급성 B형간염, 급성 C형간염을 말하며 만성간염은 보장하지 않습니다.

② 「급성간염(A,B,C형)」의 진단확정은 의료법 제3조에 따른 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 항체검사, 혈액검사, 간기능 검사 등에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「급성간염(A,B,C형)」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 보험금

지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일 이전에 이미 A형간염, B형간염, C형간염의 보건자료 확인된 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

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

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

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성간염(A,B,C형)진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

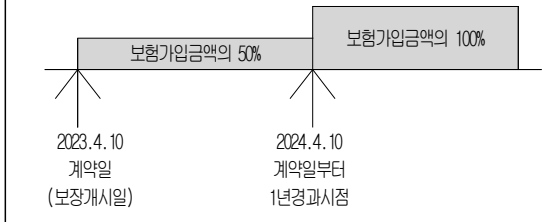
53. 뇌전증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 「뇌전증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌전증진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
뇌전증진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌전증진단비(예시)】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌전증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 뇌전증진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌전증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(뇌전증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 정한 「뇌전증」이라 함은 【별표22(뇌전증 분류표)】에서 정한 뇌전증, 뇌전증지속상태를 말하며, 경련성 발작, 열성경련, 상세불명의 경련, 뇌졸중에 합병된 발작은 보장하지 않습니다.
② 「뇌전증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료 기록부의 사본 제출을 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 종합병

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

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 검사결과지(뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT) 등), 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌전증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

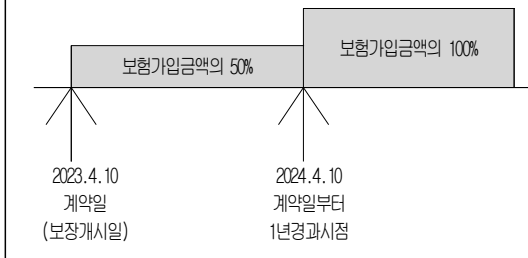
54. 심근병증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「심근병증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심근병증진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
심근병증진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【심근병증진단비(예시)】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 심근병증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 심근병증진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 심근병증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(심근병증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「심근병증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「심근병증」으로 분류되는 질병으로 【별표32(심근병증 분류표)】에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「심근병증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「심근병증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「심근병증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「심근병증」으로 확정되거나 추정되는 경우

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(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

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

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌전증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

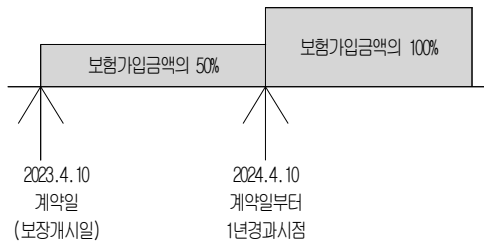
55. 만성신부전 투석치료비(급여, 연간1회한) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「만성신부전」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 혈액투석(급여) 또는 복막투석(급여)(이하 「투석치료(급여)」라 합니다)을 받은 경우 보험수익자에게 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 만성신부전 투석치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		계약일로부터 1년경과시점 전일 이전	계약일로부터 1년경과시점 이후
만성 신부전 투석치료 (급여)시	혈액투석 (연간1회)	혈액투석치료비 보험가입금액의 50%	혈액투석치료비 보험가입금액의 100%
	복막투석 (연간1회)	복막투석치료비 보험가입금액의 50%	복막투석치료비 보험가입금액의 100%

【만성신부전 투석치료비[예시]】



② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 혈액투석(급여)을 2회 이상 받은 경우에도 1회의 만성신부전 투석치료비를 지급합니다.
 ② 피보험자가 연간 1년 이내에 복막투석(급여)을 2회 이상 받은 경우에도 1회의 만성신부전 투석치료비를 지급합니다.
 ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자가 연간 1년 이내에 혈액투석(급여)과 복막투석(급여)을 각각 1회씩 받은 경우에는 만성신부전 투석치료비를 각각 지급합니다.
 ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(만성신부전의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「만성신부전」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 N18(만성 신장병) 및 N19(상세불명의 신부전)로 분류되는 질병으로, 【별표21(만성신부전 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
 ② 「만성신부전」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「만성신부전」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(투석치료(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「투석치료(급여)」라 함은 의사가 「만성신부전」으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

구분	대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
혈액 투석 (급여)	혈액투석[1회당] 의료급여-혈액투석 정액수가 (1) 병원급 이상, 1회당 (2) 의원, 1회당	07020 09992 09993
복막 투석 (급여)	계속적복막관류술 가. 도관삽입술 (1) 대망절제를동반한 경우 (2) 기타 나. 관류액주입관교환 다. 만성복막투석을위한도관길 들이기[투석액교환및도관 청소포함][1일당] 라. 투석액 교환 또는 도관청소[1일당] (1) 자동복막투석 (2) 비자동복막투석	 07071 07072 07073 07074 07076 07077

【혈액투석】

신(공팔) 대체 요법의 하나로, 혈액을 체외 투석기(인공 신장기)에 순환시켜 과잉 축적된 노폐물과 수분을 걸러낸 다음, 이 혈액을 다시 환자의 체내로 돌려주는 치료방법을 말합니다.

【복막투석】

환자 자신의 복막을 투석막으로 이용하는 인공투석의 한 방법으로, 복강 내에 복막투석을 위한 특수한 도관을 삽입하여 도관으로 살균한 투석액을 주입하고 배출함으로써 체내 과잉 축적된 노폐물과 수분을 제거하는 치료방법을 말합니다.

② 제1항의 「투석치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의

절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「투석 치료(급여)」 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「투석 치료(급여)」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI 코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI 코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

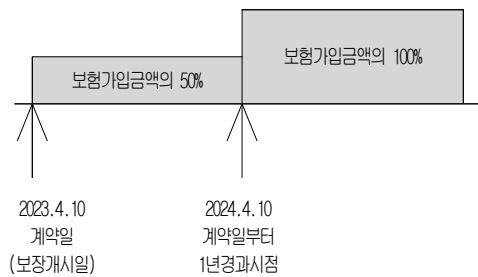
56. 만성신부전 동정맥루조성술치료비 (급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「만성신부전」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 인공신장투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술(급여)(이하 「동정맥루조성술(급여)」이라 합니다)을 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 만성신부전 동정맥루조성술치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
만성신부전 동정맥루조성술(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【만성신부전 동정맥루조성술치료비(예시)】



② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「동정맥루조성술(급여)」을 받은 경우에도 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 만성신부전 동정맥루조성술치료비만 지급합니다.

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

제3조(만성신부전의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「만성신부전」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 N18(만성 신장병) 및 N19(상세불명의 신부전)로 분류되는 질병으로, 【별표21(만성신부전 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「만성신부전」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한

국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「만성신부전」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(동정맥루조성술(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「동정맥루조성술(급여)」이라 함은 의사가 「만성신부전」으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
인공신장투석을위한단락또는동정맥루조성술	
가. 외동정맥단락조성술	02011
나. 내동정맥단락조성술	02012
다. 자가혈관을이용한동정맥루조성술	02081
라. 인조혈관을이용한동정맥루조성술	02082

【동정맥루 조성술】

만성 신부전 환자가 지속적으로 혈액투석을 하기 위해 정맥을 많은 양의 혈액이 지나가도록 확장시키고 동맥처럼 튼튼하게 하기 위해서 동맥과 표피 정맥을 연결하는 수술을 말합니다.

② 제1항의 「동정맥루조성술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 ‘요양급여’라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 ‘의료급여’라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「동정맥루조성술(급여)」 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「동정맥루조성술(급여)」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계

산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

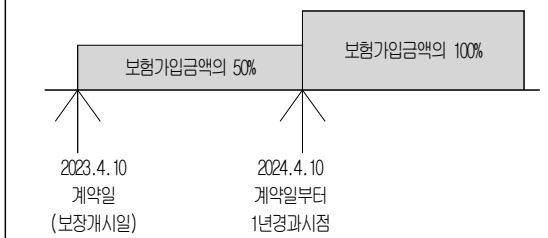
57. 갑상선기능저하증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「갑상선기능저하증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선기능저하증진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
갑상선기능저하 증 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【갑상선기능저하증진단비(예시)】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 갑상선기능저하증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 갑상선기능저하증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 갑상선기능저하증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(갑상선기능저하증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「갑상선기능저하증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「갑상선기능저하증」으로 분류되는 질병으로 【별표16(갑상선기능저하증대상질병 분류표)】에서 정한 질병을 말하며, 선천성 요오드결핍증후군 및 선천성 갑상선기능저하증은 포함하지 않습니다.

② 제1항의 「갑상선기능저하증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 갑상선 자극 호르몬(TSH)검사, 유리 싸이록신(free

T4)검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「갑상선기능저하증」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 또한, 회사가 「갑상선기능저하증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선기능저하증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

58. 보험료납입지원(유사암진단)보장 특별약관

* 이 특별약관은 2형(보험료 납입면제형) 가입시에 한하여 가입 가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 매월 보험금 지급사유 발생해당일에 보험료납입지원금으로 확정지급합니다. 다만, 보험료 납입지원금 지급을 위한 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 때에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
제자리암 진단시, 기타피부암 진단시, 경계성종양 진단시 갑상선암 진단시 (단, 최초지급사유 1회에 한하여 지급)	보험가입금액을 매월 보험료납입지원금 지급기간동안 확정지급

【보험료납입지원금 지급 예시】

가입금액 : 10만원
보험기간 : 20년
보험금 지급사유 발생시 경과기간 : 3년 6개월
→ 보험료납입지원금 지급기간 : 16년 6개월

총지급금액	지급기준	가입금액	1회 지급액
1,980만원	보험가입금액 × 198회 ^{주)}	10만원	10만원

주) 198회 = 16년 6개월 (16년 × 12회 + 6회)

【보험금 지급일 예시】

보험금 지급사유 발생해당일 : 2023년 1월 31일
⇒ 보험금 지급일 : 2023년 2월 28일

② 제1항의 보험료납입지원금 지급기간이라 함은 보험금 지급사유 발생일부터 만기일 이전까지의 기간을 말하며, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.

③ 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공사이율로 할인된 금액을 지급합니다.

④ 보통약관 제11조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 이 특별약관의 보험수익자는 계약자로 합니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 유사암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 보험료납입지원금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제4항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 보험료납입지원금에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표4(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

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

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입지원금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항 이외에도 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸됩니다. 단, 납입면제에 관한 세부규정은 보통약관 제27조(납입면제에 관한 세부규정)를 준용합니다.
- ③ 제1항 또는 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제1항 또는 제2항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

59. 암수술비(유사암제외)(25%체증형)보장 특별약관

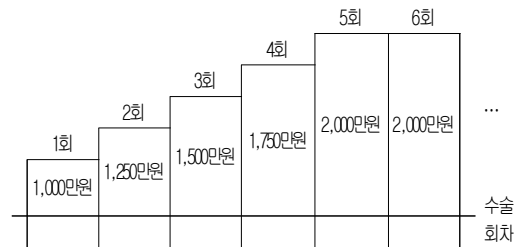
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 회차에 따라 아래에서 정한 금액을 암수술비(유사암제외)(25%체증형)로 지급합니다.

구 분	지급금액
암(유사암제외)(25%체증형) 1회차 수술시	보험가입금액의 100%
암(유사암제외)(25%체증형) 2회차 수술시	보험가입금액의 125%
암(유사암제외)(25%체증형) 3회차 수술시	보험가입금액의 150%
암(유사암제외)(25%체증형) 4회차 수술시	보험가입금액의 175%
암(유사암제외)(25%체증형) 5회차 수술 이후	보험가입금액의 200%

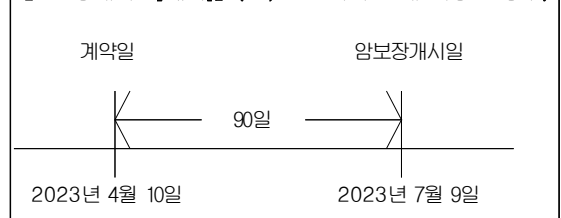
【지급대상금액(예시)】 보험가입금액 1,000만원 가입시

- * 1회차 수술시 : 1,000만원
- * 2회차 수술시 : 1,250만원 = 1,000만원 × 125%
- * 3회차 수술시 : 1,500만원 = 1,000만원 × 150%
- * 4회차 수술시 : 1,750만원 = 1,000만원 × 175%
- * 5회차 수술시 : 2,000만원 = 1,000만원 × 200%
- * 6회차 수술 이후 : 2,000만원 = 1,000만원 × 200%



② 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일(예시)】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 암수술비(유사암제외)(25%제증형)가 지급되지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「암(유사암제외)」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표】) 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.
- ② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(수술의 정의와 장소)

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

【신의료기술평가위원회】

의료법 제64조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

⑤ 제4항 제8호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제8호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(암노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암 제외)」로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납

입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

60. 유사암수술비(25%체증형)보장 특별약관

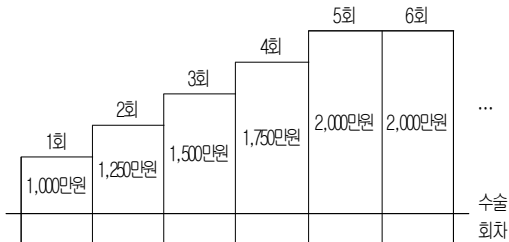
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」(이하 「유사암」)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 회차에 따라 아래에서 정한 보험가입금액을 유사암수술비(25%체증형)로 지급합니다.

구 분	지급금액
유사암 1회차 수술시	보험가입금액의 100%
유사암 2회차 수술시	보험가입금액의 125%
유사암 3회차 수술시	보험가입금액의 150%
유사암 4회차 수술시	보험가입금액의 175%
유사암 5회차 수술 이후	보험가입금액의 200%

【지급대상금액[예시]】 보험가입금액 1,000만원 가입시

- * 1회차 수술시 : 1,000만원
- * 2회차 수술시 : 1,250만원 = 1,000만원 × 125%
- * 3회차 수술시 : 1,500만원 = 1,000만원 × 150%
- * 4회차 수술시 : 1,750만원 = 1,000만원 × 175%
- * 5회차 수술시 : 2,000만원 = 1,000만원 × 200%
- * 6회차 수술 이후 : 2,000만원 = 1,000만원 × 200%



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 항암방사선 및 항암약물치료시에는 유사암수술비(25%체증형)가 지급되지 않습니다.

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

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병 (【별표4(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병 (【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병 (【별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병 (【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(수술의 정의와 장소)

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

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

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

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

⑤ 제4항 제8호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제8호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을

말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

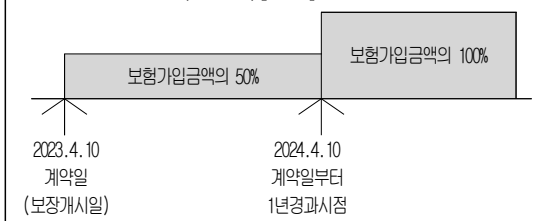
61. 혈전용해치료비Ⅱ보장 특별약관

제1조의1(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 혈전용해치료비Ⅱ(뇌졸중)로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

진료행위구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
혈전용해치료(뇌졸중)시(단, 최초1회에 한하여 지급)	해당보장 보험가입금액의 50%	해당보장 보험가입금액의 100%

【혈전용해치료비Ⅱ(뇌졸중)】(예시)

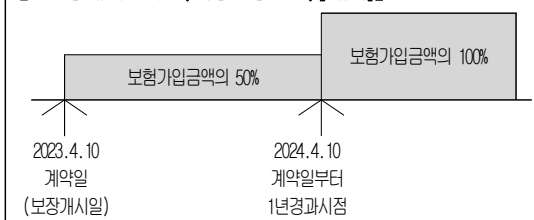


제1조의2(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정심장질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 혈전용해치료비Ⅲ(특정심장질환)로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

진료행위구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
혈전용해치료(특정심장질환)시(단, 최초1회에 한하여 지급)	해당보장 보험가입금액의 50%	해당보장 보험가입금액의 100%

【혈전용해치료비Ⅲ(특정심장질환)】(예시)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조의1(보험금의 지급사유) 및 제1조의2(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표6(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특정심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「특정심장질환」으로 분류되는 질병으로 【별표56(특정심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「특정심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「특정심장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는

것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「특정심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「특정심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(혈전용해치료의 정의)

- ① 「혈전용해치료」라 함은 의사(한 의사, 치과의사는 제외함) 면허를 가진 자가 피보험자의 「뇌졸중」 및 「특정심장질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제(Thrombolytics)」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「뇌혈관」 및 「심혈관」 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항에서 「혈전용해제(Thrombolytics)」라 함은 「뇌혈관」 및 「심혈관」 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 혈전 또는 색전의 발생을 예방 하기위해 사용되는 약제인 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.
- ③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전 제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

【용어 풀이】

1. **혈전** : 혈관 속에서 피가 굳어진 덩어리를 말합니다.
2. **색전** : 혈관 및 림프관 안에 생긴 유리물이 관의 일부 또는 전부를 막은 상태 또는 그 원인 물질(고체, 액체 또는 기체)을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조의1(보험금의 지급사유)에서 정한 혈전용해치료비II(뇌졸중) 또는 제1조의2(보험금의 지급사유)에서 정한 혈전용해치료비II(특정심장질환) 지급사유가 발생한 경우에는 각각의 보장은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 보장이 소멸된 경우에는 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항에 따라 혈전용해치료비II(뇌졸중) 또는 혈전용해치료비II(특정심장질환)에 대한 회사의 보장이 모두 소멸된 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ④ 제3항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

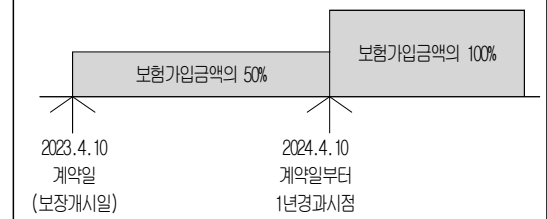
62. 혈전용해치료비II(연간1회한)보장 특별약관

제1조의1(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 혈전용해치료비II(뇌졸중)(연간1회한)로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일로부터 1년경과시점」이라 함은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

진료행위구분	지급금액	
	계약일로부터 1년경과시점 전일 이전	계약일로부터 1년경과시점 이후
혈전용해치료(뇌졸중)시 (단, 연간1회에 한하여 지급)	해당보장 보험가입금액의 50%	해당보장 보험가입금액의 100%

【혈전용해치료비II(뇌졸중)(연간1회한)예시】



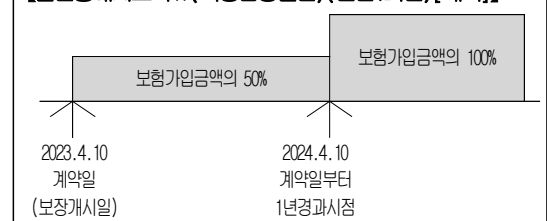
- ② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제1조의2(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정심장질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 혈전용해치료비II(특정심장질환)(연간1회한)로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일로부터 1년경과시점」이라 함은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

진료행위구분	지급금액	
	계약일로부터 1년경과시점 전일 이전	계약일로부터 1년경과시점 이후
혈전용해치료(특정심장 질환)시(단, 연간1회에 한하여 지급)	해당보장 보험가입금액의 50%	해당보장 보험가입금액의 100%

【혈전용해치료비II(특정심장질환)(연간1회한)예시】



② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조의1(보험금의 지급사유) 및 제1조의2(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표6(뇌졸중대상질환 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특정심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「특정심장질환」으로 분류되는 질병으로 【별표56(특정심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「특정심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「특정심장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「특정심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「특정심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(혈전용해치료의 정의)

① 「혈전용해치료」라 함은 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 피보험자의 「뇌졸중」 및 「특정심장질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제(Thrombolytics)」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「뇌혈관」 및 「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「혈전용해제(Thrombolytics)」라 함은 「뇌혈관」 및 「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 혈전 또는 색전의 발생을 예방 하기위해 사용되는 약제인 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

【용어 풀이】

1. 혈전 : 혈관 속에서 피가 굳어진 덩어리를 말합니다.
2. 색전 : 혈관 및 림프관 안에 생긴 유리물이 관의 일부 또는 전부를 막은 상태 또는 그 원인 물질(고체, 액체 또는 기체)을 말합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약 환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

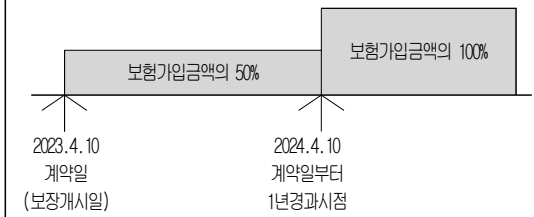
63. 기계적혈전제거술(카테터법)치료비Ⅱ (급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조의1(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「급여 기계적혈전제거술(카테터법)」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 기계적혈전제거술(카테터법)치료비Ⅱ(뇌졸중)(급여, 연간1회한)로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

진료행위구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
급여 기계적혈전제거술 (카테터법)치료(뇌졸중) 시(단, 연간1회에 한하 여 지급)	해당보장 보험 가입금액의 50%	해당보장 보험 가입금액의 100%

【기계적혈전제거술(카테터법)치료비Ⅱ(뇌졸중)(급여, 연 간1회한)【예시】】



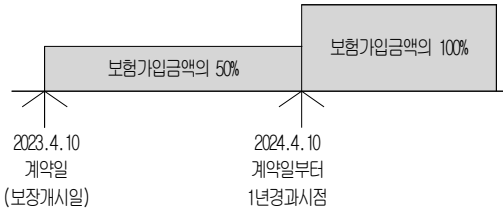
② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제1조의2(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정심장질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「급여 기계적혈전제거술(카테터법)」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 기계적혈전제거술(카테터법)치료비Ⅱ(특정심장질환)(급여, 연간1회한)로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

진료행위구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
급여 기계적혈전제거술 (카테터법)치료(특정심 장질환)시(단, 연간1회 에 한하여 지급)	해당보장 보험 가입금액의 50%	해당보장 보험 가입금액의 100%

【기계적혈전제거술(카테터법)치료비Ⅱ(특정심장질환)(급여, 연간1회한)【예시】】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조의1(보험금의 지급사유) 및 1조의2(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표6(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특정심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「특정심장질환」으로 분류되는 질병으로 【별표5(특정심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「특정심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법

에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「특정심장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「특정심장질환」으로 진단 또는 치료받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「특정심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(급여 기계적혈전제거술(카테터법)의 정의)

① 이 특별약관에서 「급여 기계적혈전제거술(카테터법)」이라 함은 의사에 의하여 피보험자의 「뇌졸중」 및 「특정심장질환」으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
경피적 혈전제거술 나. 기계적 혈전제거술[카테터법]	
(1) 두 개강내 혈관	M6636
(2) 두 개강외 경부혈관	M6637
(3) 관상동맥	M6638
(4) 기타혈관	M6639

② 제1항의 「급여 기계적혈전제거술(카테터법)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 ‘요양급여’라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 ‘의료급여’라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「급여 기계적혈전제거술(카테터법)」의 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「급여 기계적혈전제거술(카테터법)」의 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비세부내역서, 진단서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약 환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

64. 특정간담체질환진단비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

① 지방간대상질병관리지원비(간효소수치80IU/L이상)
② 지방간대상질병관리지원비(간효소수치200IU/L이상)
③ 간농양진단비
④ 특정담낭, 담관염진단비
⑤ 급성체장염진단비

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

① 지방간대상질병관리지원비(간효소수치80IU/L이상)
② 지방간대상질병관리지원비(간효소수치200IU/L이상)

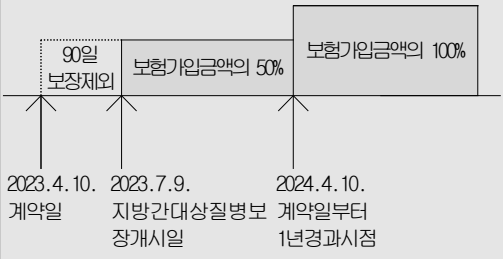
1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 지방간대상질병보장개시일 이후에 「지방간대상질병」으로 진단 확정되었을 때에는 각 세부보장당 각각 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 지방간대상질병관리지원비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
지방간대상질병(간효소수치80IU/L이상)으로 진단확정된 경우(단, 최초 1회에 한하여 지급)	지방간대상질병관리지원비(간효소수치80IU/L이상)보장 보험가입금액의 50%	지방간대상질병관리지원비(간효소수치80IU/L이상)보장 보험가입금액의 100%
지방간대상질병(간효소수치200IU/L이상)으로 진단확정된 경우(단, 최초 1회에 한하여 지급)	지방간대상질병관리지원비(간효소수치200IU/L이상)보장 보험가입금액의 50%	지방간대상질병관리지원비(간효소수치200IU/L이상)보장 보험가입금액의 100%

【지방간대상질병관리지원비[예시]】

(단, 지방간대상질병보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

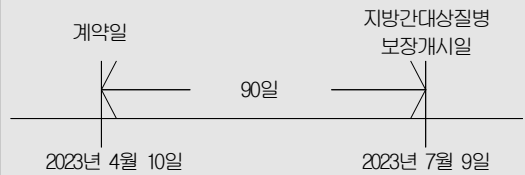


② 피보험자가 보험기간 중 지방간대상질병보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「지방간대상질병」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 지방간대상질병관리지원비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 지방간대상질병관리지원비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 지방간대상질병보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【지방간대상질병보장개시일[예시]】

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



【지급금액 예시】

기준 : 지방간대상질병관리지원비(간효소수치80IU/L이상)보장 보험가입금액 20만원, 지방간대상질병관리지원비(간효소수치200IU/L이상)보장 보험가입금액 30만원, 보험계약일로부터 1년 경과 후 사고일 때

사례1: 피보험자가 최초로 지방간대상질병으로 진단확정 되고 간효소수치가 80IU/L이상 200IU/L미만인 경우
→ 20만원 지급

이후 지방간대상질병의 진단확정 및 간효소수치가 200IU/L이상으로 상승한 경우
→ 30만원 지급

사례2: 피보험자가 최초로 지방간대상질병으로 진단확정 되고 간효소수치가 200IU/L이상인 경우
→ 50만원 지급
(지방간대상질병관리지원비(간효소수치80IU/L이상)보장 20만원 + 지방간대상질병관리지원비(간효소수치200IU/L이상)보장 30만원)

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3.(「지방간대상질병」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「지방간대상질병」이라 함은 「지방간대상질병(간효소수치80IU/L이상)」 및 「지방간대상질병(간효소수치200IU/L이상)」을 총칭합니다.

② 제1항의 「지방간대상질병(간효소수치80IU/L이상)」이라 함은 8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표57(지방간대상질병 분류표)】에서 정한 질병 중 간효소수치(아스파테아미노전이효소(이하 AST) 또는 알라니아미노전달효소(이하 ALT))가 80IU/L이상을 만족하는 지방간대상질병을 말합니다.

③ 제1항의 「지방간대상질병(간효소수치200IU/L이상)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표57(지방간대상질병 분류표)】에서 정한 질병 중 간효소수치(AST 또는 ALT)가 200IU/L이상을 만족하는 지방간대상질병을 말합니다.

④ 「지방간대상질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 혈액검사, 자기공명영상(MRI), 초음파검사 및 조직 검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「지방간대상질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제2항 및 제3항에서 간효소수치(AST 또는 ALT)란 혈액검체에서 시행한 AST 또는 ALT 검사결과를 말합니다.

4.(보장의 무효)

① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 계약일부터 지방간대상질병보장개시일의 전일 이전에 「지방간대상질병」으로 진단확정되는 경우에는 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 무효된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

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

5.(보장의 소멸)

1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「지방간대상질병관리지원비(간효소수치80IU/L이상)」 또는 「지방간대상질병관리지원비(간효소수치200IU/L이상)」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는

소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

6.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 지방간대상질병보장개시일을 적용합니다.

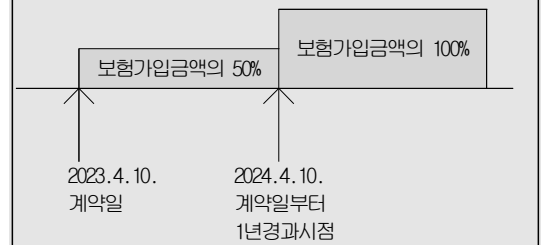
③ 간농양진단비

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「간농양」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 간농양진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
간농양진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【간농양진단비(예시)】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「간농양」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 간농양진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 간농양진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3.(간농양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「간농양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 【별표58(간농양 분류표)】에서 정한 질

병을 말합니다.

② 「간농양」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「간농양」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료 기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

4.(보장의 소멸)

① 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 간농양진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장은 그 때부터 소멸됩니다.
② 제1항에 따라 이 보장이 소멸된 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

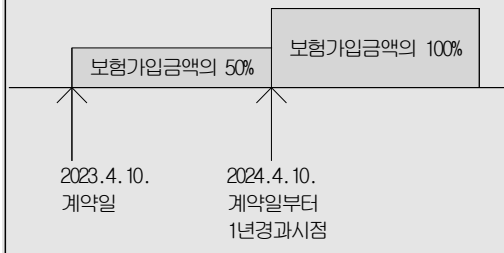
④ 특정당낭,담관염진단비

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「특정당낭,담관염」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정당낭,담관염진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
특정당낭,담관염 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【특정당낭,담관염진단비[예시]】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「특정당낭,담관염」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 특정당낭,담관염진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정당낭,담관염진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

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

3.(특정당낭,담관염의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정당낭,담관염」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표59(특정당낭,담관염 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
② 「특정당낭,담관염」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「특정당낭,담관염」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

4.(보장의 소멸)

① 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 특정당낭,담관염진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장은 그 때부터 소멸됩니다.
② 제1항에 따라 이 보장이 소멸된 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

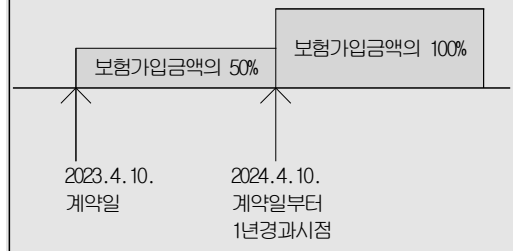
⑤ 급성췌장염진단비

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「급성췌장염」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성췌장염진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
급성췌장염 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【급성췌장염진단비[예시]】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「급성췌장염」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 급성췌장염진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항

에 따라 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 급성체장염진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (급성체장염의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성체장염」이라 함은 제8차 한국 표준질병사인분류에 있어서 【별표60(급성체장염 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「급성체장염」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「급성체장염」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

4. (보장의 소멸)

① 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 급성체장염진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장이 소멸된 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서

1. 지방간대상질병관리지원비(세부보장 ① ~ ②) : 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(간효소수치(AST 또는 ALT)가 명시된 검사결과지 포함) 등

2. 기타 세부보장(세부보장 ③ ~ ⑤) : 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료비계산서, 영상자료 및 각종 검사결과지(혈액검사지, 복부 초음파, 전산화단층촬영(CT scan) 등) 등

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

① 각 세부보장에서 정한 「보장의 소멸」 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

65. 특정소화계질환진단비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

① 크론병및궤양성대장염진단비
② 특정천공진단비
③ 특정4대소화계질환(총수, 복막, 기타장질환)진단비
④ 특정6대소화계질환(궤양, 게실염)진단비

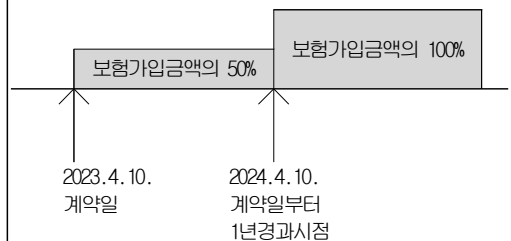
제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「특정소화계질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정소화계질환진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

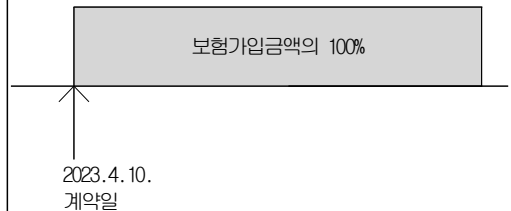
구 분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
크론병및궤양성대장염진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	크론병및궤양성대장염진단비보장 보험가입금액의 50%	크론병및궤양성대장염진단비보장 보험가입금액의 100%
특정천공진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	특정천공진단비보장 보험가입금액의 100%	
특정4대소화계질환(총수, 복막, 기타장질환)진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	특정4대소화계질환(총수, 복막, 기타장질환)진단비보장 보험가입금액의 50%	특정4대소화계질환(총수, 복막, 기타장질환)진단비보장 보험가입금액의 100%
특정6대소화계질환(궤양, 게실염)진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	특정6대소화계질환(궤양, 게실염)진단비보장 보험가입금액의 50%	특정6대소화계질환(궤양, 게실염)진단비보장 보험가입금액의 100%

【특정소화계질환진단비[예시]】

※ 단, 특정천공진단비는 제외됩니다.



【특정소화계질환진단비[특정천공진단비][예시]】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「특정소화계질환」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 특정소화계질환진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제4항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정소화계질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특정소화계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「크론병및궤양성대장염」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표61(크론병및궤양성대장염 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「크론병및궤양성대장염」의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 조직병리학적·방사선학적 검진과 함께 내시경 검사, 전산화단층촬영(CT) 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초 하여야 합니다.

③ 이 특별약관에서 「특정천공」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표62(특정천공 분류표)】에서 정한 「식도의 천공」, 「장의 천공(비외상성)」, 「담낭의 천공」 및 「담관의 천공」을 말합니다.

④ 「특정천공」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자

에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사는 「특정천공」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 이 특별약관에서 「특정4대소화계질환(충수, 복막, 기타장질환)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 【별표63(특정4대소화계질환(충수, 복막, 기타장질환) 분류표)】에서 정한 「충수질환」, 「복막질환」, 「특정 위장염 및 결장염」 및 「기타 장질환」을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「특정6대소화계질환(궤양, 게실염)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 【별표64(특정6대소화계질환(궤양, 게실염) 분류표)】에서 정한 「특정 식도궤양」, 「특정 위궤양」, 「특정 십이지장궤양」, 「특정 소화성궤양」, 「위공장궤양」 및 「특정 게실염」을 말합니다.

⑦ 「특정4대소화계질환(충수, 복막, 기타장질환)」 및 「특정6대소화계질환(궤양, 게실염)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 위장조영술 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「특정4대소화계질환(충수, 복막, 기타장질환)」 및 「특정6대소화계질환(궤양, 게실염)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑧ 이 특별약관에서 「특정소화계질환」이라 함은 「크론병 및 궤양성대장염」, 「특정천공」, 「특정4대소화계질환(충수, 복막, 기타장질환)」 및 「특정6대소화계질환(궤양, 게실염)」을 총칭합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
 1. 크론병및궤양성대장염진단비(세부보장 ①) : 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(기타 검사결과지 포함) 등
 2. 특정천공진단비(세부보장 ②) : 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(CT 등 기타 검사결과지 포함) 등
 3. 기타 세부보장(세부보장 ③ ~ ④) : 진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(CT, X-선 및 내시경 검사결과지 등 기타 검사결과지 포함) 등
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 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 의료관련

법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제6조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「크론병및궤양성대장염」, 「특정천공」, 「특정4대소화계질환(충수, 복막, 기타장질환)」 또는 「특정6대소화계질환(궤양, 게실염)」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「크론병및궤양성대장염」, 「특정천공」, 「특정4대소화계질환(충수, 복막, 기타장질환)」 또는 「특정6대소화계질환(궤양, 게실염)」으로 각각 진단받아 특정소화계질환진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

③ 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 제2항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

66. 4대양성종양진단비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

① 대장 양성종양및특정폴립진단비
② 위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립진단비
③ 중이, 호흡계통, 흉곽내기관 양성종양진단비
④ 골, 관절연골 양성종양진단비

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

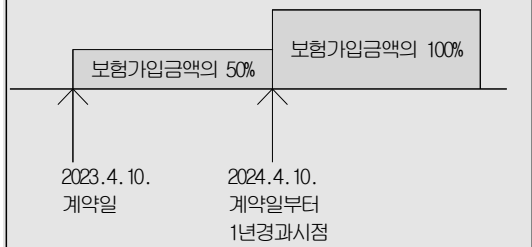
① 대장 양성종양및특정폴립진단비

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「대장 양성종양및특정폴립」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 대장 양성종양및특정폴립진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
대장 양성종양및특정 폴립진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	대장 양성종양및특정 폴립진단비보장 보험가입금액의 50%	대장 양성종양및특정 폴립진단비보장 보험가입금액의 100%

【대장 양성종양및특정폴립진단비[예시]】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「대장 양성종양및특정폴립」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 대장 양성종양및특정폴립진단비를 지급합니다. 다만, 3.(보장의 소멸) 제3항에 따라 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 대장 양성종양및특정폴립진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2.(대장 양성종양및특정폴립의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「대장 양성종양및특정폴립」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 【별표65(대장 양성종양및특정폴립 분류표)】에서 정한 질병을 말하며, 염증성 폴립은 보장질병에서 제외합니다.

② 「대장 양성종양및특정폴립」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「대장 양성종양및특정폴립」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「대장 양성종양및특정폴립」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

3.(보장의 소멸)

① 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 대장 양성종양및특정폴립진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장이 소멸된 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 보장이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

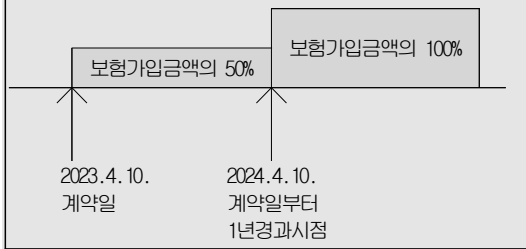
② 위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립진단비

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 위, 십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴립진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
위,십이지장, 소화계통 양성종양및특정 폴립진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	위,십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴 립진단비보장 보험가입금액의 50%	위,십이지장, 소화계통 양성종양및특정폴 립진단비보장 보험가입금액의 100%

【위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립진단비[예시]】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립진단비를 지급합니다. 다만, 3.(보장의 소멸) 제3항에 따라 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2.(위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 【별표 66(위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립 분류표)】에서 정한 질병을 말하며, 영증성 폴립은 보장질병에서 제외합니다.

② 「위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

3.(보장의 소멸)

- ① 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 보장이 소멸된 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 보장이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

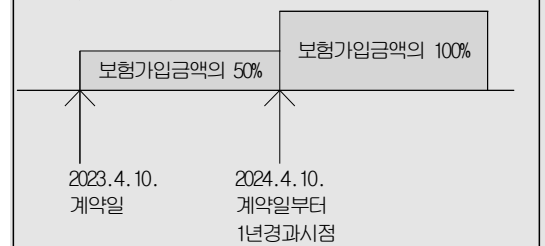
③ 중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
중이,호흡계통, 흉곽내기관 양성종양진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	중이,호흡계통, 흉곽내기관 양성종양진단비보장 보험가입금액의 50%	중이,호흡계통, 흉곽내기관 양성종양진단비보장 보험가입금액의 100%

【중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비[예시]】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비를 지급합니다. 다만, 3.(보장의 소멸) 제3항에 따라 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는

중이, 호흡계통, 흉곽내기관 양성종양진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2. (중이, 호흡계통, 흉곽내기관 양성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중이, 호흡계통, 흉곽내기관 양성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 【별표67 (중이, 호흡계통, 흉곽내기관 양성종양 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「중이, 호흡계통, 흉곽내기관 양성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「중이, 호흡계통, 흉곽내기관 양성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「중이, 호흡계통, 흉곽내기관 양성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

3. (보장의 소멸)

① 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 중이, 호흡계통, 흉곽내기관 양성종양진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장이 소멸된 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 보장이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

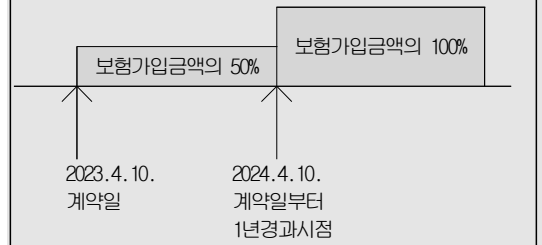
④ 골, 관절연골 양성종양진단비

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「골, 관절연골 양성종양」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 골, 관절연골 양성종양진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
골, 관절연골 양성종양진단비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	골, 관절연골 양성종양진단비보장 보험가입금액의 50%	골, 관절연골 양성종양진단비보장 보험가입금액의 100%

【골, 관절연골 양성종양진단비[예시]】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「골, 관절연골 양성종양」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 골, 관절연골 양성종양진단비를 지급합니다. 다만, 3. (보장의 소멸) 제3항에 따라 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 골, 관절연골 양성종양진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2. (골, 관절연골 양성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「골, 관절연골 양성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 【별표38(골, 관절연골 양성종양 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「골, 관절연골 양성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「골, 관절연골 양성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「중이, 호흡계통, 흉곽내기관 양성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

3. (보장의 소멸)

① 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 골, 관절연골 양성종양진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장은 그 때부터 소멸됩니다.

- ② 제1항에 따라 이 보장이 소멸된 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 보장이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(세부보장에 관한 사항)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(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
- ① 청구서(회사양식)
 - ② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(검사결과지 포함) 등)
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정보기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제6조(특별약관의 소멸)

제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정한 「보장의 소멸」 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

67. 상급병실(1인실) 종합병원 질병입원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관

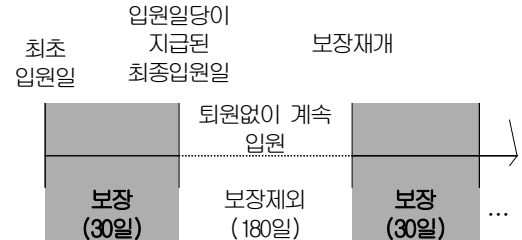
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원(이하 「종합병원」이라 합니다) 1인실에 입원하였을 경우 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급병실(1인실) 종합병원 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 상급병실(1인실) 종합병원 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급병실(1인실) 종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 상급병실(1인실) 종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급병실(1인실) 종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【상급병실(1인실) 종합병원 질병입원일당 [예시]】

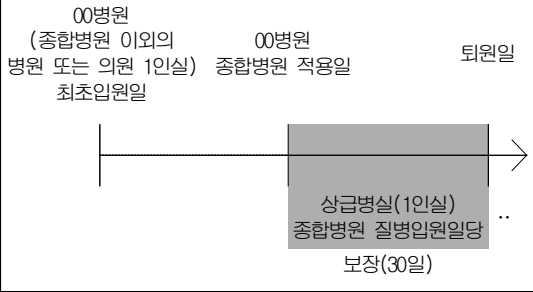


- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 다른 종합병원 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급병실(1인실) 종합병원 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우

이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

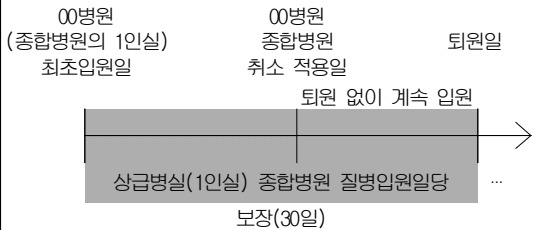
⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 해당하는 경우에는 종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

【종합병원 이외의 병원 또는 의원 1인실에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우 [예시]】



⑩ 피보험자가 종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

【종합병원 1인실 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우 [예시]】



⑪ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 함)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다)외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에

는 보험금을 지급합니다.

- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

68. 상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당(1일이상 10일한도) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래의 사유에 모두 해당되는 경우(이하 「질병수술입원」이라 합니다)에는 보험수익자에게 최초 수술일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당으로 지급합니다.

- ① 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원(이하 「종합병원」이라 합니다) 1인실에 입원하였을 경우
- ② 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
- ③ 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

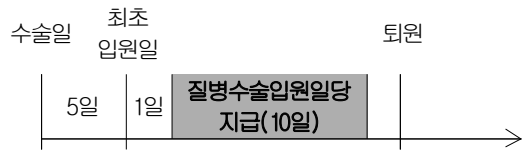
② 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제4조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당의 지급일수는 1회 질병수술입원당 최초수술일부터 10일을 최고 한도로 합니다. 다만, 수술이 입원기간 중 시행되지 않은 경우 1회 질병수술입원당 2일째 입원일부터 10일을 최고 한도로 합니다.

【수술이 입원기간 중 시행되지 않은 경우[예시]】

- 수술하고 5일 경과 후 동일한 질병치료를 위해 입원, 총 입원일수 50일

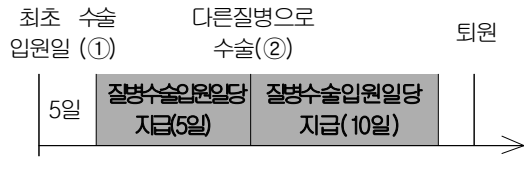


② 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

③ 상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당 지급기간 중 다른 질병으로 진단확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당의 지급일수는 그 날을 최초수술일로 보아 10일을 최고 한도로 합니다.

【질병수술입원일당 지급기간 중 다른 질병으로 수술한 경우 [예시]

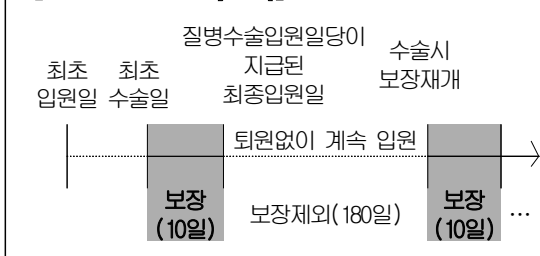
- 최초입원 5일경과 후 수술(①), 수술(①) 후 5일경과 후 다른 질병으로 진단확정되고 수술(②), 총입원일수 30일



④ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 질병수술입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 수술을 받은 경우에는 또 다른 질병수술입원으로 보아 수술일로부터 입원 1일당 상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당을 지급합니다. 다만, 아래와 같이 상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【질병수술입원일당 [예시]



⑥ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 질병수술입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 질병수술입원에 대하여는 제1항에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당을 계속 보상합니다.

⑦ 피보험자가 다른 종합병원 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 질병수술입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

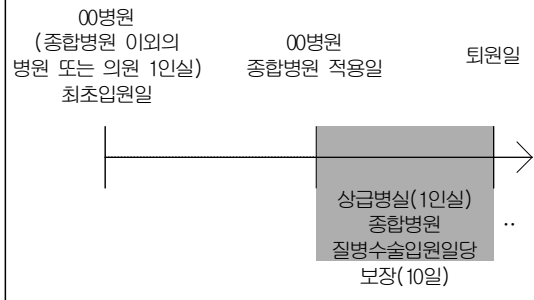
⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 피보험자가 종합병원 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 1인실로 이전하여 질병수술입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 종합병원 1인실에 질병수술입원하여 치료를 받던 중 종합병원 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당을 지급합니다.

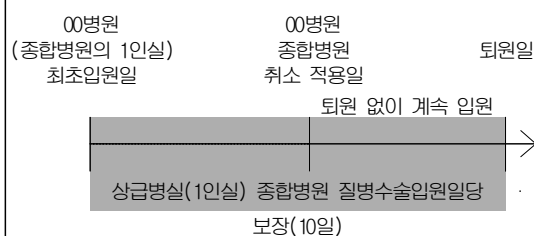
⑪ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 해당하는 경우에는 종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당을 지급합니다.

【종합병원 이외의 병원 또는 의원 1인실에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우 [예시]



⑫ 피보험자가 종합병원 1인실에 질병수술입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 질병수술입원에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당을 지급합니다.

【종합병원 1인실 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우 [예시]



⑬ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로

한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

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

【신의료기술평가위원회】

의료법 제64조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 - ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조작을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 - ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
 - ④ 미용성형 목적의 수술
 - ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 청상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 청상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제5조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와

보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치과질환
- ③ 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술에 대하여는 보상하지 않습니다.
 - ① 정신 및 행동장애(F04~F99)
 - ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보상합니다.)
 - ③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(000~099)
 - ④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(000~099)
 - ⑤ 비만(E66)
 - ⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 - ⑦ 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
 - ⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ④ 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술에 대하여는 보상하지 않습니다.
 - ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
 - ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 - ③ 단순한 피로 또는 권태
 - ④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(082.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - ⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(047.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 - ⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방

확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)-축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

- ㉡ 사시교정, 안외각리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
- ㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
- ㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

69. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 200만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 입원당 간병인 이용금액이 200만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원 간병인비용지원금(간병인비용 200만원 이상)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유는 1회 입원당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액은 1일당 15만원을 한도로 합니다.

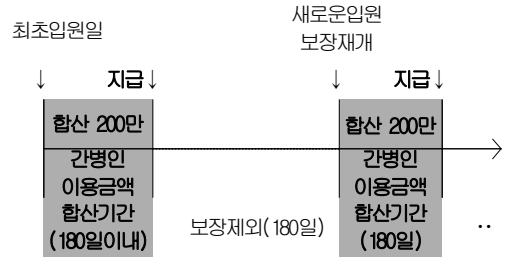
【질병입원 간병인 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 40만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2023년 6월 1일 ~ 2023년 6월 20일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 6월 20일
 - 총 간병인 사용일수 20일
 - 총 간병인 이용금액 200만원
 - 1일당 평균 10만원에 해당하므로
 - 1일당 10만원 적용
 - (10만원 X 20일 = 200만원)
 - **가입금액(40만원) 지급**
 - 2) 2023년 6월 1일 ~ 6월 10일
 - 총 간병인 사용일수 10일
 - 총 간병인 이용금액 200만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 10일 = 150만원)
 - **보험금 미지급**

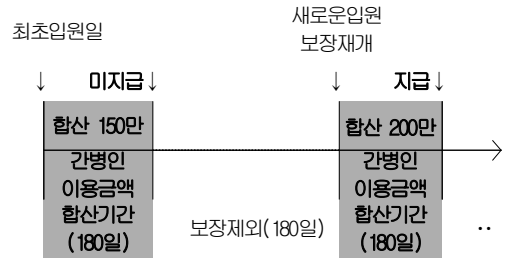
② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인을 사용한 입원일이 180일이 된 후, 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 단, 질병입원 간병인비용지원금의 지급사유 발생시, 해당일을 기준으로 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

【질병입원 간병인비용지원금[예시1]】



【질병입원 간병인비용지원금[예시2]】



④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원 간병인비용지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치료질환

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치료의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 혈체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번거사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사 양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
 - ⑥ 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.

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

70. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 300만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 입원당 간병인 이용금액이 300만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원 간병인비용지원금(간병인비용 300만원 이상)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유는 1회 입원당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액은 1일당 15만원을 한도로 합니다.

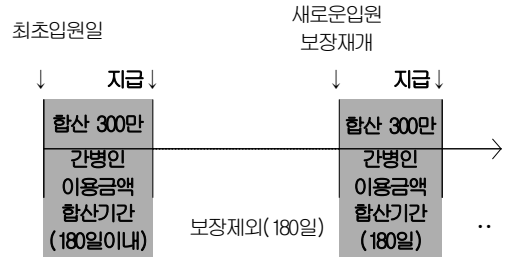
【질병입원 간병인 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 60만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2023년 6월 1일 ~ 2023년 6월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 6월 30일
 - 총 간병인 사용일수 30일
 - 총 간병인 이용금액 300만원
 - 1일당 평균 10만원에 해당하므로
 - 1일당 10만원 적용
 - (10만원 X 30일 = 300만원)
 - **가입금액(60만원) 지급**
 - 2) 2023년 6월 1일 ~ 6월 15일
 - 총 간병인 사용일수 15일
 - 총 간병인 이용금액 300만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 15일 = 225만원)
 - **보험금 미지급**

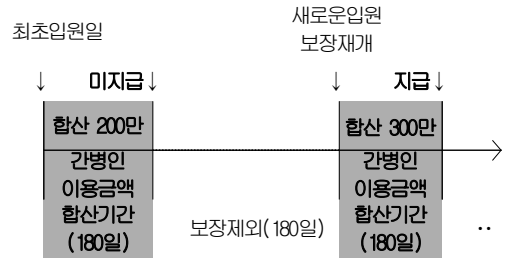
② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인을 사용한 입원일이 180일이 된 후, 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 단, 질병입원 간병인비용지원금의 지급사유 발생시, 해당일을 기준으로 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

【질병입원 간병인비용지원금[예시1]】



【질병입원 간병인비용지원금[예시2]】



④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원 간병인비용지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치료질환

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 혈체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번거로운 보조 등

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사 양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
 - ⑥ 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.

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

71. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 500만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 입원당 간병인 이용금액이 500만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원 간병인비용지원금(간병인비용 500만원 이상)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유는 1회 입원당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액은 1일당 15만원을 한도로 합니다.

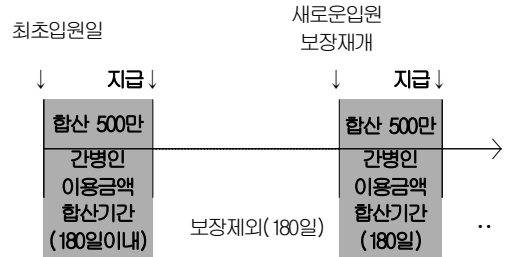
【질병입원 간병인 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 100만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2023년 6월 1일 ~ 2023년 7월 20일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 7월 20일
 - 총 간병인 사용일수 50일
 - 총 간병인 이용금액 500만원
 - 1일당 평균 10만원에 해당하므로
 - 1일당 10만원 적용
 - (10만원 X 50일 = 500만원)
 - **가입금액(100만원) 지급**
 - 2) 2023년 6월 1일 ~ 6월 25일
 - 총 간병인 사용일수 25일
 - 총 간병인 이용금액 500만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 25일 = 375만원)
 - **보험금 미지급**

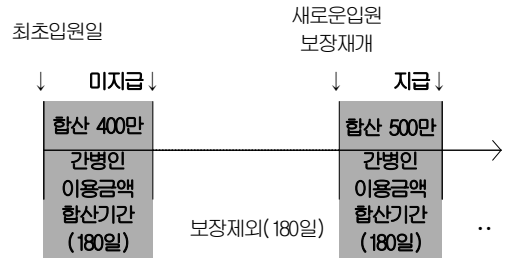
② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인을 사용한 입원일이 180일이 된 후, 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 단, 질병입원 간병인비용지원금의 지급사유 발생시, 해당일을 기준으로 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

【질병입원 간병인비용지원금[예시1]】



【질병입원 간병인비용지원금[예시2]】



④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원 간병인비용지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치료질환

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치료의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 혈체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번거로운 보조 등

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사 양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
 - ⑥ 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.

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

72. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 700만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 입원당 간병인 이용금액이 700만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원 간병인비용지원금(간병인비용 700만원 이상)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유는 1회 입원당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액은 1일당 15만원을 한도로 합니다.

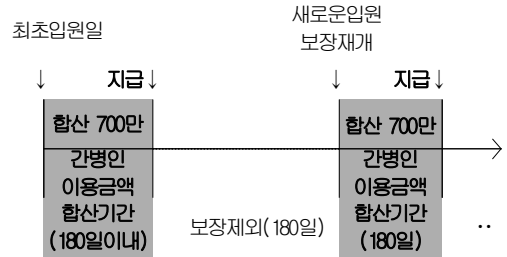
【질병입원 간병인 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 140만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2023년 6월 1일 ~ 2023년 8월 9일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 8월 9일
 - 총 간병인 사용일수 70일
 - 총 간병인 이용금액 700만원
 - 1일당 평균 10만원에 해당하므로
 - 1일당 10만원 적용
 - (10만원 X 70일 = 700만원)
 - **가입금액(140만원) 지급**
 - 2) 2023년 6월 1일 ~ 7월 5일
 - 총 간병인 사용일수 35일
 - 총 간병인 이용금액 700만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 35일 = 525만원)
 - **보험금 미지급**

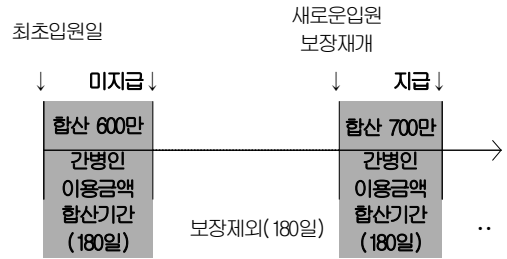
② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인을 사용한 입원일이 180일이 된 후, 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 단, 질병입원 간병인비용지원금의 지급사유 발생시, 해당일을 기준으로 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

【질병입원 간병인비용지원금[예시1]】



【질병입원 간병인비용지원금[예시2]】



④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원 간병인비용지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치료질환

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 혈체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번거로운 보조 등

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사 양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
 - ⑥ 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.

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

73. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 1,000만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 입원당 간병인 이용금액이 1,000만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 보장의 보험가입금액을 질병입원 간병인비용지원금(간병인비용 1,000만원 이상)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유는 1회 입원당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액은 1일당 15만원을 한도로 합니다.

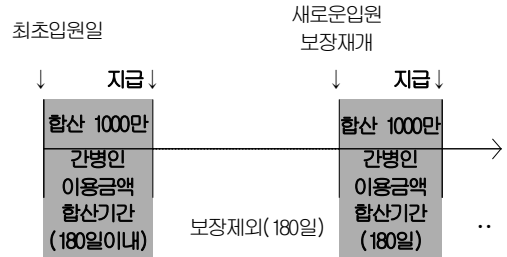
【질병입원 간병인 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 200만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2023년 6월 1일 ~ 2023년 9월 8일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 9월 8일
 - 총 간병인 사용일수 100일
 - 총 간병인 이용금액 1,000만원
 - 1일당 평균 10만원에 해당하므로
 - 1일당 10만원 적용
 - (10만원 X 100일 = 1,000만원)
 - **가입금액(200만원) 지급**
 - 2) 2023년 6월 1일 ~ 7월 20일
 - 총 간병인 사용일수 50일
 - 총 간병인 이용금액 1,000만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 50일 = 750만원)
 - **보험금 미지급**

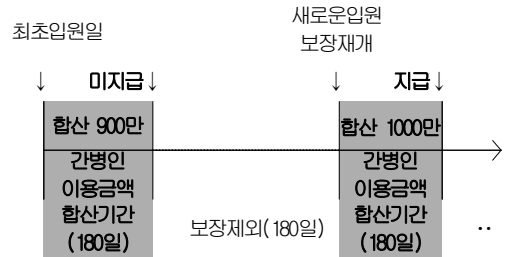
② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인을 사용한 입원일이 180일이 된 후, 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 단, 질병입원 간병인비용지원금의 지급사유 발생시, 해당일을 기준으로 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

【질병입원 간병인비용지원금[예시1]】



【질병입원 간병인비용지원금[예시2]】



④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원 간병인비용지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치료질환

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 혈체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번거사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사 양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
 - ⑥ 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.

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

74. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 1,500만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 입원당 간병인 이용금액이 1,500만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 보장의 보험가입금액을 질병입원 간병인비용지원금(간병인비용 1,500만원 이상)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유는 1회 입원당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액은 1일당 15만원을 한도로 합니다.

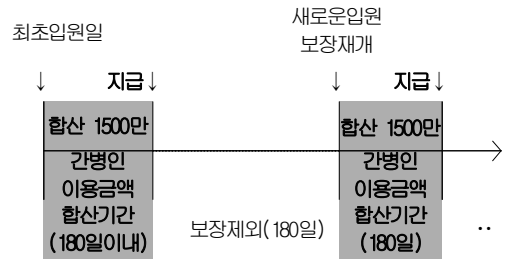
【질병입원 간병인 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 300만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2023년 6월 1일 ~ 2023년 10월 28일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 10월 28일
 - 총 간병인 사용일수 150일
 - 총 간병인 이용금액 1,500만원
 - 1일당 평균 10만원에 해당하므로
 - 1일당 10만원 적용
 - (10만원 X 150일 = 1,500만원)
 - **가입금액(300만원) 지급**
 - 2) 2023년 6월 1일 ~ 8월 14일
 - 총 간병인 사용일수 75일
 - 총 간병인 이용금액 1,500만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 75일 = 1,125만원)
 - **보험금 미지급**

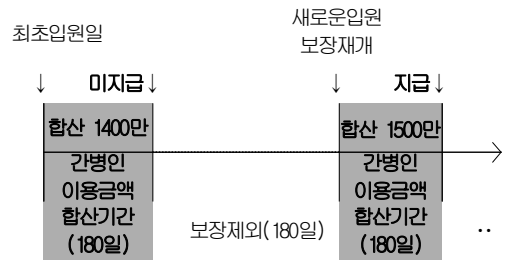
② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인을 사용한 입원일이 180일이 된 후, 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 단, 질병입원 간병인비용지원금의 지급사유 발생시, 해당일을 기준으로 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

【질병입원 간병인비용지원금[예시1]】



【질병입원 간병인비용지원금[예시2]】



④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원 간병인비용지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치료질한

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치료의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 혈체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번거사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사 양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
 - ⑥ 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.

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

75. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 2,000만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 입원당 간병인 이용금액이 2,000만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 보장의 보험가입금액을 질병입원 간병인비용지원금(간병인비용 2,000만원 이상)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유는 1회 입원당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액은 1일당 15만원을 한도로 합니다.

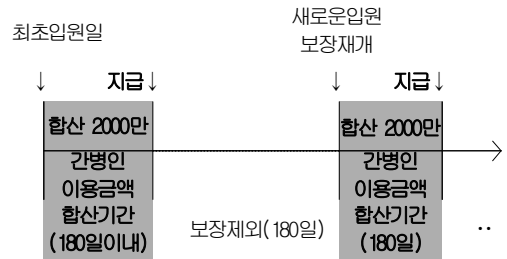
【질병입원 간병인 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 400만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2023년 6월 1일 ~ 2023년 11월 27일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 11월 27일
 - 총 간병인 사용일수 180일
 - 총 간병인 이용금액 2,160만원
 - 1일당 평균 12만원에 해당하므로
 - 1일당 12만원 적용
 - (12만원 X 180일 = 2,160만원)
 - **가입금액(400만원) 지급**
 - 2) 2023년 6월 1일 ~ 9월 8일
 - 총 간병인 사용일수 100일
 - 총 간병인 이용금액 2,000만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 100일 = 1,500만원)
 - **보험금 미지급**

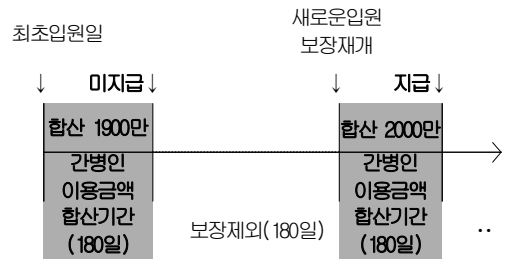
② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인을 사용한 입원일이 180일이 된 후, 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 단, 질병입원 간병인비용지원금의 지급사유 발생시, 해당일을 기준으로 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

【질병입원 간병인비용지원금[예시1]】



【질병입원 간병인비용지원금[예시2]】



④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액을 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원 간병인비용지원금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ⑥ 성병
 - ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 - ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치료질환

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 혈체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.
- ① 청구서(회사 양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
 - ⑥ 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.

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

76. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 200만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 입원당 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액이 200만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 보장의 보험가입금액을 질병입원 간병인비용지원금(간병인비용 200만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)으로 지급합니다.
- ② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간호·간병통합서비스 이용금액이라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 이용하여 지불한 비용을 말합니다. 단, 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용에 사용된 금액 외에 간병 및 입원에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른

지원을 하여야 한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유는 1회 입원당 180일간 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액을 합산한 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액은 각각 1일당 15만원을 한도로 합니다.

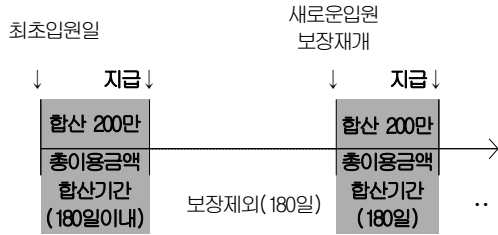
【질병입원 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
 - 보험가입금액 : 40만원
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 사용일 및 사용금액
 - 1) · 2023년 6월 1일 ~ 6월 10일
 - : 총 간병인 사용일수 10일
 - 총 간병인 이용금액 140만원
 - 1일당 평균 14만원에 해당하므로
 - 1일당 14만원 적용
 - 2023년 6월 11일 ~ 6월 20일
 - : 총 간호·간병통합서비스 사용일수 10일
 - 총 간호·간병통합서비스 이용금액 60만원
 - 1일당 평균 6만원에 해당하므로
 - 1일당 6만원 적용
- (14만원 X 10일 + 6만원 X 10일 = 200만원)
→ 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 200만원 이상으로 **가입금액 (40만원) 지급**
- 2) · 2023년 6월 1일 ~ 6월 10일
 - : 총 간병인 사용일수 10일
 - 총 간병인 이용금액 200만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 10일 = 150만원)
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 200만원 미만으로 **보험금 미지급**

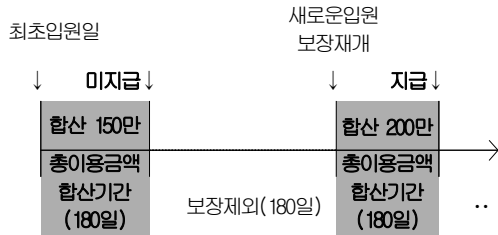
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인 및 간호·간병통합서비스를 사용한 입원일이 180일이 된 후, 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 단, 질병입원 간병인비용지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 지급사유 발생시, 해당일을 기준으로 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

**【질병입원 간병인비용지원금
(간호·간병통합서비스 포함)[예시1]**



**【질병입원 간병인비용지원금
(간호·간병통합서비스 포함)[예시2]**



④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원 간병인비용지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑥ 성병

⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술

④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무[예시]】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 혈체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함) 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
- ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
- ⑥ 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.

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

77. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 300만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)

보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 입원당 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액이 300만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 보장의 보험가입금액을 질병입원 간병인비용지원금(간병인비용 300만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간호·간병통합서비스 이용금액이라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 이용하여 지불한 비용을 말합니다. 단, 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용에 사용된 금액 외에 간병 및 입원에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른

지원을 하여야 한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유는 1회 입원당 180일간 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액을 합산한 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액은 각각 1일당 15만원을 한도로 합니다.

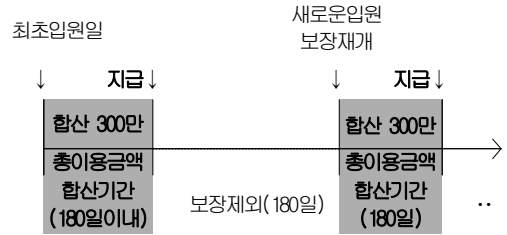
【질병입원 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
 - 보험가입금액 : 60만원
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 사용일 및 사용금액
 - 1)· 2023년 6월 1일 ~ 6월 20일
 - 총 간병인 사용일수 20일
 - 총 간병인 이용금액 280만원
 - 1일당 평균 14만원에 해당하므로
 - 1일당 14만원 적용
 - 2023년 6월 21일 ~ 7월 2일
 - 총 간호·간병통합서비스 사용일수 12일
 - 총 간호·간병통합서비스 이용금액 72만원
 - 1일당 평균 6만원에 해당하므로
 - 1일당 6만원 적용
- (14만원 X 20일 + 6만원 X 12일 = 352만원)
 → 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 300만원 이상으로 **가입금액(60만원) 지급**
- 2)· 2023년 6월 1일 ~ 6월 15일
 - 총 간병인 사용일수 15일
 - 총 간병인 이용금액 300만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 15일 = 225만원)
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 300만원 미만으로 **보험금 미지급**

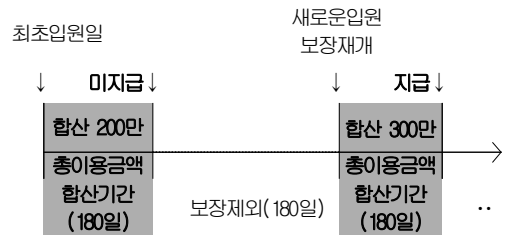
② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인 및 간호·간병통합서비스를 사용한 입원일이 180일이 된 후, 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 단, 질병입원 간병인비용지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 지급사유 발생시, 해당일을 기준으로 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

【질병입원 간병인비용지원금 (간호·간병통합서비스 포함)【예시1】】



【질병입원 간병인비용지원금 (간호·간병통합서비스 포함)【예시2】】



④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원 간병인비용지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ⑥ 성병
 - ⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 - ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.
- ① 청구서(회사 양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함) 등)
- [단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
 - ⑥ 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.

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

78. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 500만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 입원당 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액이 500만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 보장의 보험가입금액을 질병입원 간병인비용지원금(간병인비용 500만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)으로 지급합니다.
- ② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간호·간병통합서비스 이용금액이라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 이용하여 지불한 비용을 말합니다. 단, 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용에 사용된 금액 외에 간병 및 입원에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른

지원을 하여야 한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유는 1회 입원당 180일간 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액을 합산한 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액은 각각 1일당 15만원을 한도로 합니다.

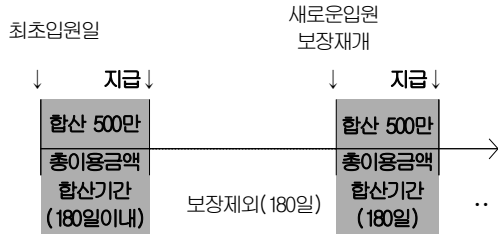
【질병입원 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
 - 보험가입금액 : 100만원
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 사용일 및 사용금액
 - 1)· 2023년 6월 1일 ~ 6월 30일
 - : 총 간병인 사용일수 30일
 - 총 간병인 이용금액 420만원
 - 1일당 평균 14만원에 해당하므로
 - 1일당 14만원 적용
 - 2023년 7월 1일 ~ 7월 15일
 - : 총 간호·간병통합서비스 사용일수 15일
 - 총 간호·간병통합서비스 이용금액 90만원
 - 1일당 평균 6만원에 해당하므로
 - 1일당 6만원 적용
- (14만원 X 30일 + 6만원 X 15일 = 510만원)
→ 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 500만원 이상으로 **가입금액 (100만원) 지급**
- 2)· 2023년 6월 1일 ~ 6월 25일
 - : 총 간병인 사용일수 25일
 - 총 간병인 이용금액 500만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 25일 = 375만원)
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 500만원 미만으로 **보험금 미지급**

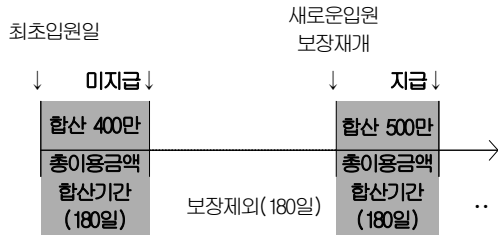
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인 및 간호·간병통합서비스를 사용한 입원일이 180일이 된 후, 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 단, 질병입원 간병인비용지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 지급사유 발생시, 해당일을 기준으로 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

**【질병입원 간병인비용지원금
(간호·간병통합서비스 포함)[예시1]**



**【질병입원 간병인비용지원금
(간호·간병통합서비스 포함)[예시2]**



④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원 간병인비용지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ⑥ 성병
 - ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 - ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무[예시]】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 혈체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함) 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
- ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
- ⑥ 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.

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

79. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 700만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)

보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 입원당 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액이 700만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 보장의 보험가입금액을 질병입원 간병인비용지원금(간병인비용 700만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간호·간병통합서비스 이용금액이라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 이용하여 지불한 비용을 말합니다. 단, 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용에 사용된 금액 외에 간병 및 입원에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른

지원을 하여야 한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유는 1회 입원당 180일간 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액을 합산한 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액은 각각 1일당 15만원을 한도로 합니다.

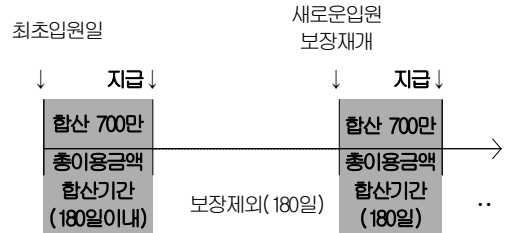
【질병입원 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
 - 보험가입금액 : 140만원
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 사용일 및 사용금액
 - 1)· 2023년 6월 1일 ~ 7월 10일
 - 총 간병인 사용일수 40일
 - 총 간병인 이용금액 560만원
 - 1일당 평균 14만원에 해당하므로
 - 1일당 14만원 적용
 - 2023년 7월 11일 ~ 8월 4일
 - 총 간호·간병통합서비스 사용일수 25일
 - 총 간호·간병통합서비스 이용금액 150만원
 - 1일당 평균 6만원에 해당하므로
 - 1일당 6만원 적용
- (14만원 X 40일 + 6만원 X 25일 = 710만원)
→ 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 700만원 이상으로 **가입금액 (140만원) 지급**
- 2)· 2023년 6월 1일 ~ 7월 5일
 - 총 간병인 사용일수 35일
 - 총 간병인 이용금액 700만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 35일 = 525만원)
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 700만원 미만으로 **보험금 미지급**

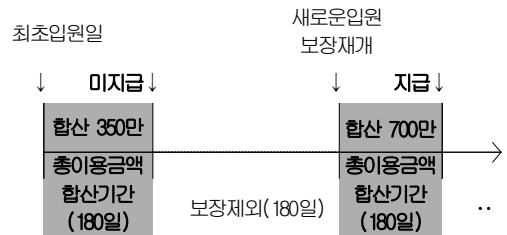
② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인 및 간호·간병통합서비스를 사용한 입원일이 180일이 된 후, 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 단, 질병입원 간병인비용지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 지급사유 발생시, 해당일을 기준으로 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

【질병입원 간병인비용지원금 (간호·간병통합서비스 포함)【예시1】】



【질병입원 간병인비용지원금 (간호·간병통합서비스 포함)【예시2】】



④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원 간병인비용지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ⑥ 성병
 - ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 - ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.
- ① 청구서(회사 양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함) 등)
- [단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
 - ⑥ 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.

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

80. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 1,000만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 입원당 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액이 1,000만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 보장의 보험가입금액을 질병입원 간병인비용지원금(간병인비용 1,000만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)으로 지급합니다.
- ② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간호·간병통합서비스 이용금액이라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 이용하여 지불한 비용을 말합니다. 단, 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용에 사용된 금액 외에 간병 및 입원에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른

지원을 하여야 한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유는 1회 입원당 180일간 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액을 합산한 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액은 각각 1일당 15만원을 한도로 합니다.

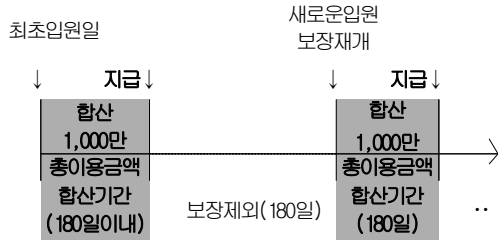
【질병입원 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
 - 보험가입금액 : 200만원
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 사용일 및 사용금액
 - 1)· 2023년 6월 1일 ~ 7월 30일
 - : 총 간병인 사용일수 60일
 - 총 간병인 이용금액 840만원
 - 1일당 평균 14만원에 해당하므로
 - 1일당 14만원 적용
 - 2023년 7월 31일 ~ 8월 29일
 - : 총 간호·간병통합서비스 사용일수 30일
 - 총 간호·간병통합서비스 이용금액 180만원
 - 1일당 평균 6만원에 해당하므로
 - 1일당 6만원 적용
- (14만원 X 60일 + 6만원 X 30일 = 1,020만원)
→ 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 1,000만원 이상으로 **가입금액 (200만원) 지급**
- 2)· 2023년 6월 1일 ~ 7월 20일
 - : 총 간병인 사용일수 50일
 - 총 간병인 이용금액 1,000만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 50일 = 750만원)
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 1,000만원 미만으로 **보험금 미지급**

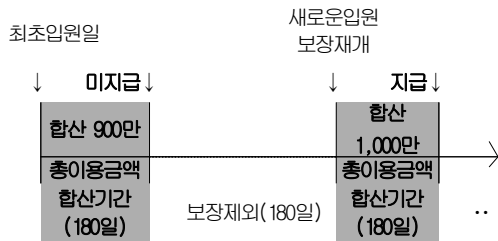
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인 및 간호·간병통합서비스를 사용한 입원일이 180일이 된 후, 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 단, 질병입원 간병인비용지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 지급사유 발생시, 해당일을 기준으로 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

**【질병입원 간병인비용지원금
(간호·간병통합서비스 포함)[예시1]**



**【질병입원 간병인비용지원금
(간호·간병통합서비스 포함)[예시2]**



④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원 간병인비용지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑥ 성병

⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술

④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조제2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 혈체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI 코드 포함) 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI 코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI 코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
- ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
- ⑥ 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.

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

81. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 1,500만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 입원당 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액이 1,500만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 보장의 보험가입금액을 질병입원 간병인비용지원금(간병인비용 1,500만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)으로 지급합니다.
- ② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간호·간병통합서비스 이용금액이라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 이용하여 지불한 비용을 말합니다. 단, 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용에 사용된 금액 외에 간병 및 입원에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른

지원을 하여야 한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유는 1회 입원당 180일간 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액을 합산한 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액은 각각 1일당 15만원을 한도로 합니다.

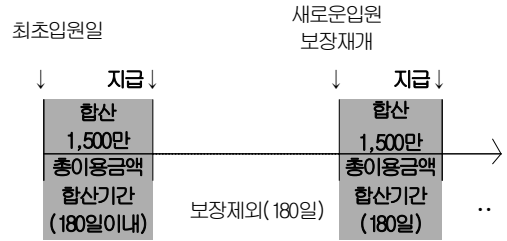
【질병입원 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
 - 보험가입금액 : 300만원
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 사용일 및 사용금액
 - 1)· 2023년 6월 1일 ~ 8월 29일
 - 총 간병인 사용일수 90일
 - 총 간병인 이용금액 1,260만원
 - 1일당 평균 14만원에 해당하므로
 - 1일당 14만원 적용
 - 2023년 8월 30일 ~ 10월 18일
 - 총 간호·간병통합서비스 사용일수 50일
 - 총 간호·간병통합서비스 이용금액 300만원
 - 1일당 평균 6만원에 해당하므로
 - 1일당 6만원 적용
- (14만원 X 90일 + 6만원 X 50일 = 1,560만원)
 → 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 1,500만원 이상으로 **가입금액(300만원) 지급**
- 2)· 2023년 6월 1일 ~ 8월 14일
 - 총 간병인 사용일수 75일
 - 총 간병인 이용금액 1,500만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용 (15만원 X 75일 = 1,125만원)
- 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 1,500만원 미만으로 **보험금 미지급**

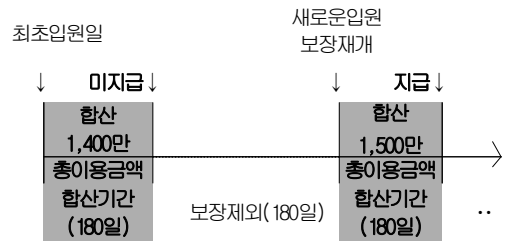
② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인 및 간호·간병통합서비스를 사용한 입원일이 180일이 된 후, 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 단, 질병입원 간병인비용지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 지급사유 발생시, 해당일을 기준으로 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

【질병입원 간병인비용지원금 (간호·간병통합서비스 포함)[예시1]】



【질병입원 간병인비용지원금 (간호·간병통합서비스 포함)[예시2]】



④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원 간병인비용지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ⑥ 성병
 - ⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 - ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 번기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.
- ① 청구서(회사 양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함) 등)
- [단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
 - ⑥ 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.

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

82. 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 2,000만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인 또는 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 입원당 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액이 2,000만원 이상인 경우에는 보험수익자에게 이 보장의 보험가입금액을 질병입원 간병인비용지원금(간병인비용 2,000만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)으로 지급합니다.

② 제1항에서 간병인 이용금액이라 함은 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용이며, 간호·간병통합서비스 이용금액이라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 이용하여 지불한 비용을 말합니다. 단, 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용에 사용된 금액 외에 간병 및 입원에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른

지원을 하여야 한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유는 1회 입원당 180일간 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액을 합산한 총액으로 판단합니다. 단, 간병인 이용금액과 간호·간병통합서비스 이용금액은 각각 1일당 15만원을 한도로 합니다.

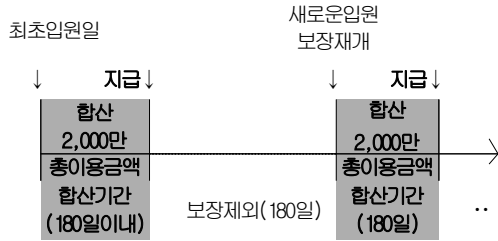
【질병입원 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
 - 보험가입금액 : 400만원
 - 간병인 및 간호·간병통합서비스 사용일 및 사용금액
 - 1)· 2023년 6월 1일 ~ 9월 28일
 - : 총 간병인 사용일수 120일
 - 총 간병인 이용금액 1,680만원
 - 1일당 평균 14만원에 해당하므로
 - 1일당 14만원 적용
 - 2023년 9월 29일 ~ 11월 27일
 - : 총 간호·간병통합서비스 사용일수 60일
 - 총 간호·간병통합서비스 이용금액 360만원
 - 1일당 평균 6만원에 해당하므로
 - 1일당 6만원 적용
- (14만원 X 120일 + 6만원 X 60일 = 2,040만원)
→ 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 2,000만원 이상으로 **가입금액 (400만원) 지급**
- 2)· 2023년 6월 1일 ~ 9월 8일
 - : 총 간병인 사용일수 100일
 - 총 간병인 이용금액 2,000만원
 - 1일당 평균 20만원에 해당하므로
 - 1일당 최대한도 15만원 적용
 - (15만원 X 100일 = 1,500만원)
- 간병인 및 간호·간병통합서비스 이용금액 총액이 2,000만원 미만으로 **보험금 미지급**

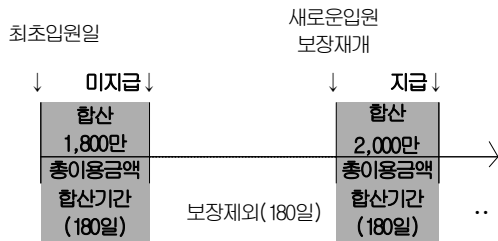
② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인 및 간호·간병통합서비스를 사용한 입원일이 180일이 된 후, 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 단, 질병입원 간병인비용지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 지급사유 발생시, 해당일을 기준으로 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

**【질병입원 간병인비용지원금
(간호·간병통합서비스 포함)[예시1]**



**【질병입원 간병인비용지원금
(간호·간병통합서비스 포함)[예시2]**



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원시 이용한 간병인 이용금액 및 간호·간병통합서비스 이용금액을 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원 간병인비용지원금(간호·간병통합서비스 포함)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ⑥ 성병
 - ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 - ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 간병인이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 혈체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함) 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
- ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
- ⑥ 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.

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

83. 간병인사용 질병입원일당(1일이상 180일한도)(요양병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 1일 이상 계속 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 보험수익자에게 간병인 사용 1일당 아래의 금액을 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)으로 지급합니다.

구분	지급금액	
	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우
질병으로 입원하여 간병인 사용시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한

시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

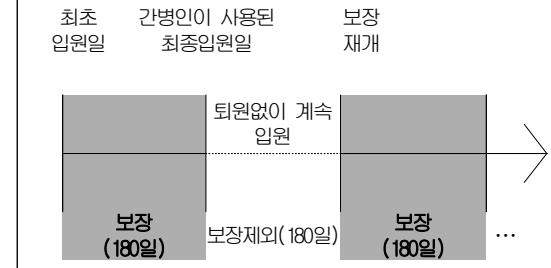
- ① 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자과 간병인 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【간병인사용 질병해입원일당(요양병원제외) 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2023년 6월 1일 ~ 2023년 6월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 6월 1일 ~ 6월 7일
 - : 총 사용일수 7일, 총 사용금액 70만원, 1일당 평균 7만원 이상 해당
 - 2만원 X 7일 = 14만원 지급
 - 2) 2023년 6월 20일 ~ 6월 25일 오전, 6월 25일 오후, 6월 26일 오후 ~ 6월 27일
 - : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 55만원, 1일당 평균 7만원 미만 해당
 - 1만원 X 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외) 지급금액
 - : 간병인 사용일수 15일,
 - 14만원+8만원 = 총 22만원 지급

- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【간병인사용 질병입원일당(요양병원제외) 【예시】】



- ⑤ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보

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

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발병된 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(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「간병인」이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

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 경우

에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치료질환

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

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

나. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

- ⑤ 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.

제7조(특별약관의 소멸)

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

계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

84. 간병인사용 질병입원일당(1일이상 180일한도)(요양병원)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

[1] 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 보험수익자에게 간병인 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용 질병입원일당(요양병원)으로 지급합니다.

[2] 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호

자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자

2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자

3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

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

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

④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관

2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무장관이 지정하는 국립정신의료기관

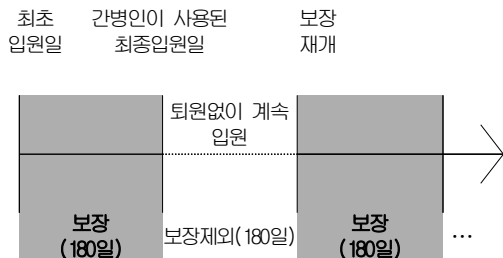
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 간병인사용 질병입원일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원일당(요양병원)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용 질병입원일당(요양병원)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당(요양병원)이 지급된 최종입원의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【간병인사용 질병입원일당(요양병원)【예시】】



④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑤ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입

원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 질병입원일당(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 함니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발병된 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(간병인의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「간병인」이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무【예시】】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 혈체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발

생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ⑥ 성병
 - ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 - ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치과질환

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

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

나. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

- ⑤ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)

에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

85. 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 (1일이상 180일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험수익자에게 간호·간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당으로 지급합니다.

② 제1항의 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호

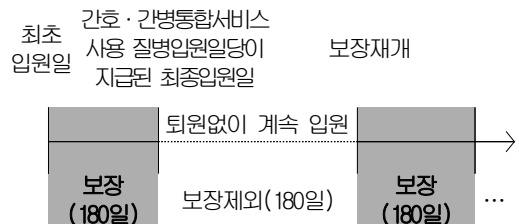
자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자

2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회의 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(예시)】

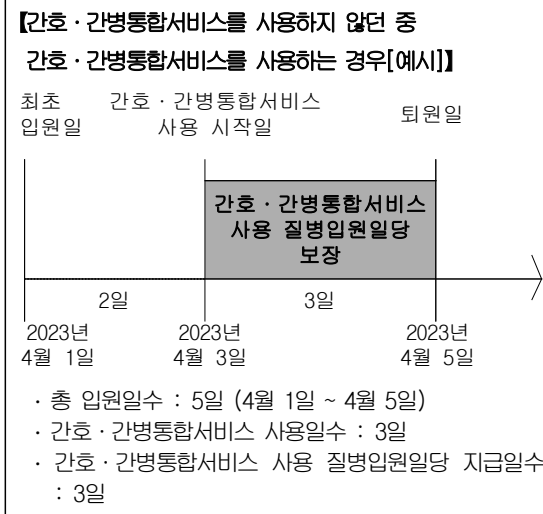


- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원(단, 요양병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보

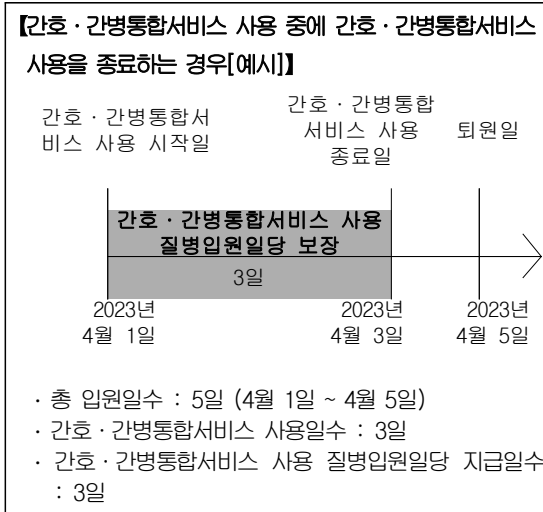
아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당을 지급합니다.



⑧ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당을 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당을 지급하지 않습니다.



⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정

에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 정한 국내의 병원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 병원급 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신약박 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약

환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

86. 질병입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관

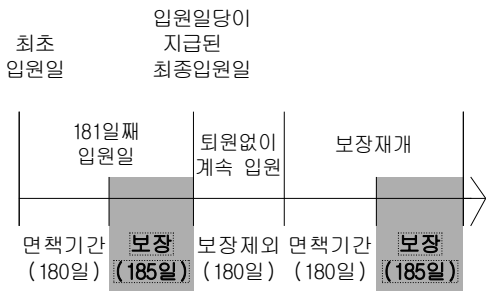
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양,정신,한방병원은 제외됩니다)에 181일 이상 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 180일을 초과하는 입원 1일당 보험가입금액을 질병입원일당(요양,정신,한방병원제외)으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원일당(요양,정신,한방병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(요양,정신,한방병원제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당(요양,정신,한방병원제외)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(요양,정신,한방병원제외)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【질병입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)예시】



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 질병입원일당(요양,정신,한방병원제외)을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양,정신,한방병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 질병입원일당(요양,정신,한방병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수

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

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

87. 간병인사용 질병입원일당(181일이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)에 181일 이상 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우 보험수익자에게 180일을 초과한 간병인 사용 1일당 아래의 금액을 간병인사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)으로 지급합니다.

구분	지급금액	
	간병인사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	간병인사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우
질병으로 입원하여 간병인 사용시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

② 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의

원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

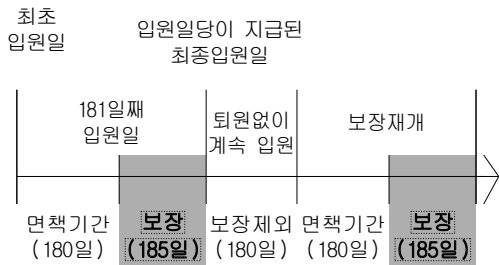
- ① 간병인사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 최고 한도로 합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【간병인사용 질병입원일당(181일이상)(요양, 정신, 한방병원제외) 계산】

- 보험계약일(보장개시일) : 2023년 1월 1일
- 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2023년 2월 1일 ~ 2023년 8월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 1) 2023년 2월 1일 ~ 8월 6일
 - : 총 사용일수 187일, 총 사용금액 1600만원, 1일당 평균 7만원이상 해당
 - 2만원 X 7일(187일-180일) = 14만원 지급
 - 2) 2023년 8월 20일 ~ 8월 25일 오전, 8월 25일 오후, 8월 26일 오후 ~ 8월 27일
 - : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 55만원, 1일당 평균 7만원미만 해당
 - 1만원 X 8일 = 8만원 지급
 - 간병인사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외) 지급금액
 - : 간병인 사용일수 15일, 14만원+8만원 = 총 22만원 지급

- ③ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)이 지급된 최종입원의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【간병인사용 질병입원일당 (181일이상)(요양, 정신, 한방병원제외)【예시】】



- ⑤ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보장기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에

대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 타액 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(간병인의 정의)

① 「간병인」이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요 업무【예시】】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사 보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

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

나. 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

- ⑤ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

88. 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 (181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(단, 요양,정신,한방병원은 제외됩니다)에 181일 이상 입원하여 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 180일 초과하여 사용한 경우 보험수익자에게 180일을 초과한 간호·간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(요양,정신,한방병원제외)으로 지급합니다.

② 제1항의 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

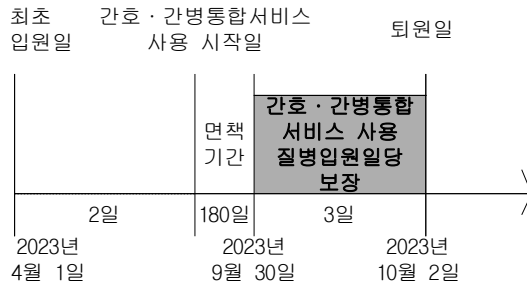
- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(요양,정신,한방병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 최고 한도로 합니다.

② 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(요양,정신,한방병원제외)을 지급합니다.

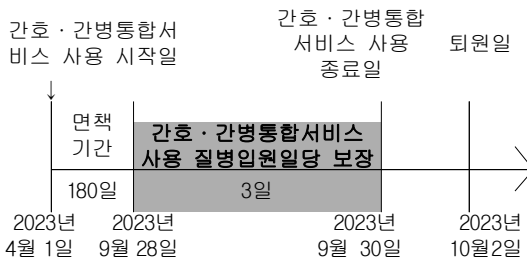
【간호·간병통합서비스를 사용하지 않던 중 간호·간병 통합서비스를 사용하는 경우[예시]】



- 총 입원일수 : 185일 (4월 1일 ~ 10월 2일)
- 간호·간병통합서비스 사용일수 : 183일
- 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 지급일수 : 3일(9월 30일~ 10월 2일)

③ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)을 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)을 지급하지 않습니다.

【간호·간병통합서비스 사용 중에 간호·간병통합서비스 사용을 종료하는 경우[예시]】

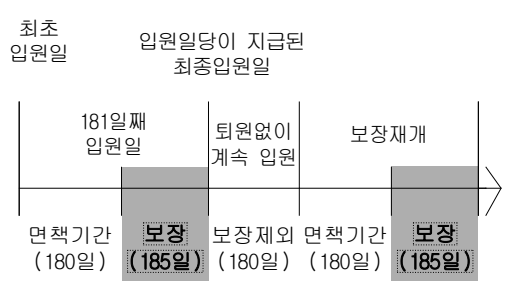


- 총 입원일수 : 185일 (4월 1일 ~ 10월 2일)
- 간호·간병통합서비스 사용일수 : 183일
- 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 지급일수 : 3일(9월 28일~9월30일)

④ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)이 지급된 최종입원의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(181일이 상)(요양, 정신, 한방병원제외) [예시]】



⑥ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑦ 피보험자가 병원(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 정한 국내의 병원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 병원급 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발

생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ⑥ 성병
 - ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 - ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

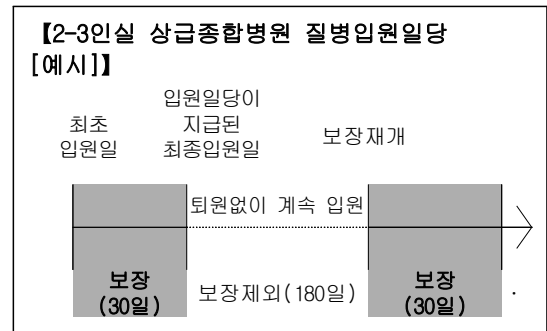
89. 2·3인실 상급종합병원 질병입원일당(1일 이상 30일 한도) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원(이하 「상급종합병원」이라 합니다) 2인실 또는 3인실(이하 「2·3인실」이라 합니다)에 입원하였을 경우 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 2·3인실 상급종합병원 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 2·3인실 상급종합병원 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 2·3인실 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 2·3인실 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 2·3인실 상급종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



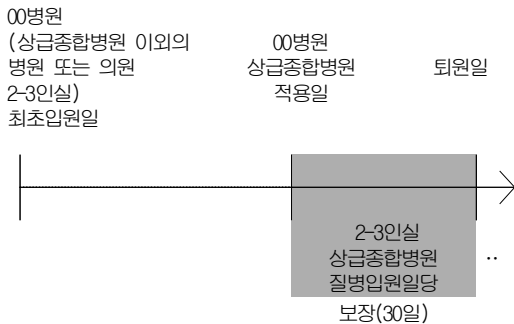
- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 2·3인실 상급종합병원 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 다른 상급종합병원의 2·3인실로 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 2·3인실 상급종합병원 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원 2·3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 2·3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 2·3인실 상급종합병원 질병입원

일당을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원 2·3인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 2·3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 2·3인실 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

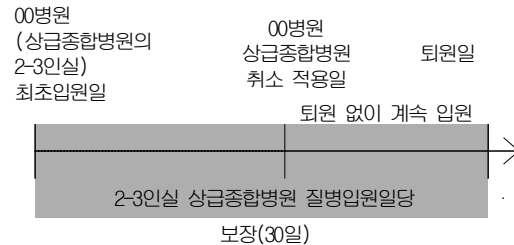
⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원 또는 의원 2·3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우에는 상급종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 2·3인실 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

【상급종합병원 이외의 병원 또는 의원 2·3인실에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 [예시】】



⑩ 피보험자가 상급종합병원 2·3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 2·3인실 상급종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

【상급종합병원 2·3인실 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 [예시】】



⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는

것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조 제4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무에 관계 전문가 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

90. 2·3인실 종합병원 질병입원일당 (1일 이상 30일 한도)보장 특별약관

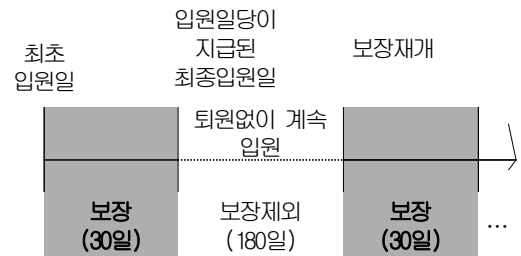
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원(이하 「종합병원」이라 합니다) 2인실 또는 3인실(이하 「2·3인실」이라 합니다)에 입원하였을 경우 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 2·3인실 종합병원 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 2·3인실 종합병원 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 2·3인실 종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 2·3인실 종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 2·3인실 종합병원 질병입원일당이 지급된 최종입원의 그 다음날을 퇴원으로 봅니다.

【2·3인실 종합병원 질병입원일당 [예시]】

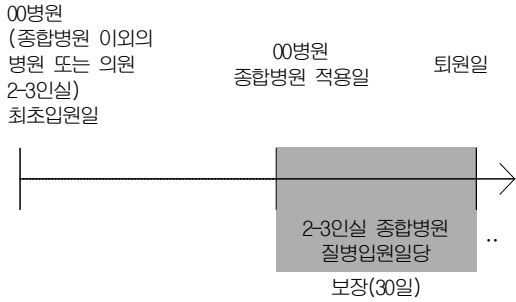


- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 2·3인실 종합병원 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 다른 종합병원 2·3인실로 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 2·3인실 종합병원 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원 2·3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 2·3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 2·3인실 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 종합병원 2·3인실에 입원하여 치료를 받던

중 종합병원 2·3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 2·3인실 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

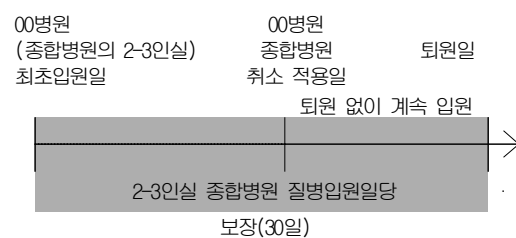
⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원 또는 의원 2·3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우에는 종합병원 적용일부터 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 2·3인실 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

【종합병원 이외의 병원 또는 의원 2·3인실에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우 [예시】】



⑩ 피보험자가 종합병원 2·3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 2·3인실 종합병원 질병입원일당을 지급합니다.

【종합병원 2·3인실 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우 [예시】】



⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료의 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질

병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사

용

- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

91. 암 주요치료비(연간1회한, 5년간)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 암(유사암제외) 주요치료비
- ② 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

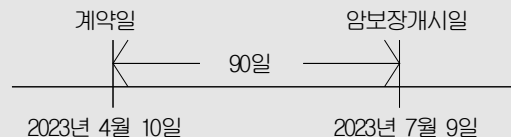
제3조(세부보장에 관한 사항)

① 암(유사암제외) 주요치료비

1.(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」 이내에 「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 암(유사암제외) 주요치료비로 지급합니다.
- ② 제1항의 「암주요치료」는 「암(유사암제외)」(최초 진단과 상이한 「암(유사암제외)」도 포함합니다.)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보험금 지급기간」이라 함은 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일로부터 5년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 5차년도에 「암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.
- ④ 제1항의 「연간」이라 함은 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「암(유사암제외)」의 진단해당일 (「암(유사암제외)」의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「암(유사암제외)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「암(유사암제외)」의 진단해당일로 합니다.
- ⑤ 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



**【암(유사암제외) 주요치료비(예시)
(가입금액 1,000만원 기준)】**

-계약일 : 2024년 7월 1일
-C15(식도의 악성신생물) 최초 진단확정일
: 2030년 1월 1일
-C32(후두의 악성신생물) 최초 진단확정일
: 2031년 1월 1일

A: 암수술(C15)
B: 항암방사선치료(C15)
C: 항암약물치료(C15)
D: 항암약물치료(C32)



진단후 1차년도	진단후 2차년도	진단후 3차년도	진단후 4차년도	진단후 5차년도
1,000만원	-	1,000만원	1,000만원	1,000만원

*2030년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 5년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 암주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 암(유사암제외) 주요치료비만 지급합니다.

3.(보장의 무효)

- ① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.
- ② 보험료 납입이 연체된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

4.(보장의 소멸)

- ① 이 보장의 피보험자가 암보장개시일 이후에 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 보장책임은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

5.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1형(보험료 납입면제 미적용형), 2형(보험료 납입면제형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1형(보험료 납입면제 미적용형)】

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

【2형(보험료 납입면제형)】

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.
 - ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
 - ② 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우
 - ③ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우
 - ④ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「말기폐질환」으로 진단확정되었을 경우
 - ⑤ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「말기간경화」로 진단확정되었을 경우
 - ⑥ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「말기신부전증」으로 진단확정되었을 경우
 - ⑦ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
 - ⑧ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는

장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

6.(납입면제에 관한 세부규정)

① 5.(보험료의 납입면제) [2형(보험료 납입면제형)] 제1항 제7호 및 제8호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 5.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑧ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [2형(보험료

납입면제형)] 제1항 제7호 및 제8호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일 부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

⑨ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [2형(보험료 납입면제형)] 제1항 제7호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

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

7.(보장의 해약환급금)

① 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않고, 보험료 납입기간이 완료된 이후에 계약이 해지될 경우에는 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급하는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」 보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.

【1종(해약환급금미지급형(납입후50%))해약환급금 예시】

1종(해약환급금미지급형(납입후50%))을 100세만기 20년납으로 2023년 4월 1일 계약체결시 2043년 3월 31일까지 보험료 납입기간 중 해지하는 경우에는 해약환급금이 없습니다.

2. “1” 에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1” 에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 1종(해약환급금미지급형(납입후50%)) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급을 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 중목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 보통약관 제34조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적정한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

8.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 보장책임의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

② 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고 「보험금 지급기간」 이내에 「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비로 지급합니다.

② 제1항의 「암주요치료」는 「기타피부암」 및 「갑상선암」(최초 진단과 상이한 「기타피부암」 및 「갑상선암」도 포함합니다.)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의 「보험금 지급기간」이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 5년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 5차년도에 「암주요치료」를 받은 경우에는 그 치료를 받은 날까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.

④ 제1항의 「연간」이라 함은 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단해당일(「기타피부암」 및 「갑상선암」의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단해당일로 합니다.

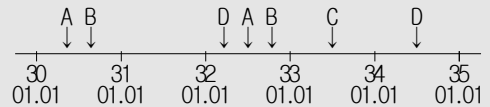
【기타피부암 및 갑상선암 주요치료비[예시](가입금액 200만원 기준)]

-계약일 : 2024년 7월 1일

-C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2030년 1월 1일

-C73(갑상선의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일

A:기타피부암수술(C44)
B: 항암방사선치료(C44)
C: 항암약물치료(C44)
D: 항암약물치료(C73)



진단후 1차년도	진단후 2차년도	진단후 3차년도	진단후 4차년도	진단후 5차년도
200만원	-	200만원	200만원	200만원

*2030년 1월 1일 C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단 이후 C73(갑상선의 악성신생물)을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 최대 5년입니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있음

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

② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 회사는 피보험자가 「기타피부암」 및 「갑상선암」으로 암 주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비만 지급합니다.

3.(보장의 소멸)

① 이 보장의 피보험자가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 보장책임은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4.(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1형(보험료 납입면제 미적용형), 2형(보험료 납입면제형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

[1형(보험료 납입면제 미적용형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

[2형(보험료 납입면제형)]

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 보장이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 보장의 보험료 납입을 면제합니다.

① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우

② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우

③ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우

④ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우

⑤ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화,

말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「말기폐질환」으로 진단확정되었을 경우

⑥ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「말기간경화」로 진단확정되었을 경우

⑦ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「말기신부전증」으로 진단확정되었을 경우

⑧ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

⑨ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

5.(납입면제에 관한 세부규정)

① 4.(보험료의 납입면제) [2형(보험료 납입면제형)] 제1항 제1호에도 불구하고 암보장개시일 전일 이전에 진단확정된 「암(유사암제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 4.(보험료의 납입면제) [2형(보험료 납입면제형)] 제1항 제1호에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일부터 암보장개시일 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 받더라도 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」 그 「암(유사암제외)」으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일 이후 5년이 지난 이후에는 4.(보험료의 납입면제) [2형(보험료 납입면제형)] 제1항 제1호에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항의 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 보통약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

③ 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

④ 4.(보험료의 납입면제) [2형(보험료 납입면제형)] 제1항 제8호 및 제9호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일

또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 4.(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이미 이 보장에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑪ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 4.(보험료의 납입면제) [2형(보험료 납입면제형)] 제1항 제8호 및 제9호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일 부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

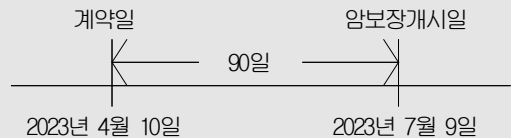
정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

⑫ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 5.(보험료의 납입면제) [2형(보험료 납입면제형)] 제1항 제8호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

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

⑬ 이 보장에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



6.(보장의 해약환급금)

① 이 보장에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않고, 보험료 납입기간이 완료된 이후에 계약이 해지될 경우에는 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급하는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.

【1종(해약환급금미지급형(납입후50%))해약환급금 예시】

1종(해약환급금미지급형(납입후50%))을 100세만기 20년납으로 2023년 4월 1일 계약체결시 2043년 3월 31일까지 보험료 납입기간 중 해지하는 경우에는 해약환급금이 없습니다.

- “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 위 “1”에도 불구하고 1.(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
- 회사는 1종(해약환급금미지급형(납입후50%)) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 보통약관 제34조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적법한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제4조(암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으

로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료 기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제5조(암주요치료의 정의)

- ① 「암주요치료」에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.
- ② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력강화치료
- ③ 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 호르몬 관련 치료제
- ⑤ 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

- ③ 제2항에도 불구하고, 호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에관한법을 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

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

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 - ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 - ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
 - ④ 미용성형 목적의 수술
 - ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후

가임목적의 수술

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

제7조(항암방사선·약물치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」 필수 기재) 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.

제9조(특별약관의 소멸)

- ① 각 세부보장에서 정한 「보장의 소멸」 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

92. 종합병원 암 주요치료비(본인부담금 1천만원이상)(연간1회한, 5년간)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」 이내에 종합병원에서 「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받아 「연간 암 주요치료비 본인부담금 총액」이 1천만원 이상인 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래와 같이 종합병원 암주요치료비를 지급합니다.

연간 암 주요치료비 본인부담금 총액	지급금액
1천만원이상 ~ 2천만원미만	보험가입금액의 100%
2천만원이상 ~ 3천만원미만	보험가입금액의 200%
3천만원이상 ~ 4천만원미만	보험가입금액의 300%
4천만원이상 ~ 5천만원미만	보험가입금액의 400%
5천만원이상 ~ 6천만원미만	보험가입금액의 500%
6천만원이상 ~ 7천만원미만	보험가입금액의 600%
7천만원이상 ~ 8천만원미만	보험가입금액의 700%
8천만원이상 ~ 9천만원미만	보험가입금액의 800%
9천만원이상 ~ 1억원미만	보험가입금액의 900%
1억원이상	보험가입금액의 1000%

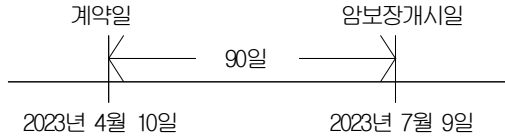
② 제1항의 「암주요치료」는 「암」(최초 진단과 상이한 「암」도 포함합니다.)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의 「보험금 지급기간」이라 함은 「암」의 최초 진단확정일로부터 5년을 말합니다.

④ 제1항의 「연간」이라 함은 「암」의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「암」의 진단해당일 (「암」심의위원회에는의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「암」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「암」의 진단해당일로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



【종합병원 암 주요치료비(본인부담금 1천만원이상)[예시]】

계약일로부터 1년 이후 「암(유사암제외)」로 최초 진단 확정된 경우(가입금액 1,000만원 기준)

-계약일 : 2024년 7월 1일

-C15(식도의 악성신생물) 최초 진단확정일

: 2030년 1월 1일

-C32(후두의 악성신생물) 최초 진단확정일

: 2031년 1월 1일

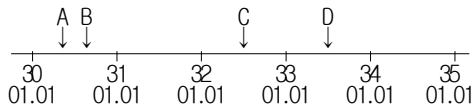
[암 진단 후 종합병원에서 발생한 암 주요 치료비 본인부담금]

A: 암수술(C15) : 1,000만원

B: 항암방사선치료(C15) : 700만원

C: 항암약물치료(C15) : 2,500만원

D: 항암약물치료(C32) : 800만원



구분	진단후 1차년도	진단후 2차년도	진단후 3차년도	진단후 4차년도	진단후 5차년도
본인 부담금	1,700만	- (치료X)	2,500만	800만	- (치료X)
보험금	1,000만	-	2,000만	-	-

*2030년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 암을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 5년입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」 또는 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 제7조(연간 암주요치료비 본인부담금 총액 등의 정의)에도 불구하고 보험수익자가 「암」의 진단해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 연간 암주요치료비 본인부담금 총액을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 암주요치료비를 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 연간 암주요치

료비 본인부담금 총액이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

제3조(암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 단, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 「암」, 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암」, 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암」, 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환

의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(암주요치료의 정의)

① 「암주요치료」에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력강화치료
- ③ 암이나 암치료를 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 호르몬 관련 치료제
- ⑤ 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에관한법을 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

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

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

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

제6조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보형자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보형자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(암노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(연간 암주요치료비 본인부담금 총액 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「연간 암 주요치료비 본인부담금 총액」(이하 「암주요치료비」)이라 함은 제4조(암주요치료의 정의)에 따른 「암주요치료」를 받고, 해당치료로 인해 발생한 비용 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액(이하 「급여의료비 본인부담금」이라 합니다)과 비급여 금액(이하 「비급여의료비 본인부담금」이라 합니다)의 연간 합계액을 말합니다.

【급여】

「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

【본인부담금】

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

【비급여】

「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

② 제1항의 「암주요치료비」는 매년 재산정합니다

③ 제1항의 「연간」이라 함은 「암」의 최초 진단확정일 부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「암」의 진단해당일 (「암」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「암」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「암」의 진단해당일로 합니다.

④ 제1항의 「암주요치료비」는 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 금액에 한합니다.

⑤ 제1항의 「암주요치료비」중 암수술 주요치료비는 암수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용을 말합니다.

⑥ 제1항의 「암주요치료비」중 항암약물치료 주요치료비는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비세부내역서의 항암제의 약제비를 말합니다. 다만, 호르몬관련치료제는 항암제 범위에서 제외됩니다.

⑦ 제1항의 「암주요치료비」중 항암방사선치료 주요치료비는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비세부내역서의 방사선치료료를 말합니다. 방사선치료료에는 방사선모의 치료, 방사선치료계획, 방사선 치료가 포함됩니다.

【진료비 세부 내역서】

진료비세부내역서란 병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간,진료항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다. 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

⑧ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기 암환자에 대한 치료로 인해 호스피스완화의료(정액수가)가 발생한 경우 호스피스완화의료(정액수가)를 제1항의 「암주요치료비」에 포함합니다.

⑨ 제1항의 「급여의료비 본인부담금」은 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 「급여의료비 본인부담금」을 기준으로 합니다.

① 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)

② 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우

③ 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우

④ 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우

⑩ 제1항의 「급여의료비 본인부담금」은 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.

① 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)

② 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로 부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제10조(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1형(보험료 납입면제 미적용형), 2형(보험료 납입면제형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1형(보험료 납입면제 미적용형)】

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」로 진단확정되거나 보험료 납입기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

【2형(보험료 납입면제형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우
- ③ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우
- ④ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우
- ⑤ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「말기폐질환」으로 진단확정되었을 경우
- ⑥ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「말기간경화」로 진단확정되었을 경우
- ⑦ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「말기신부전증」으로 진단확정되었을 경우
- ⑧ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ⑨ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

제11조(납입면제에 관한 세부규정)

① 제10조(보험료의 납입면제) [2형(보험료 납입면제형)] 제1항 제8호 및 제9호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간

이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

③ **【별표2(장애분류표)】**에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 **【별표2(장애분류표)】**의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제10조(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 장애지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, **【별표2(장애분류표)】**의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 장애지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장애지급률에서 이미 결정된 장애지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, **【별표2(장애분류표)】**의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장애지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑧ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 제10조(보험료의 납입면제) [2형(보험료 납입면제형)] 제1항 제8호 및 제9호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

⑨ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장애가 발생한 때에는 제10조(보험료의 납입면제) [2형(보험료 납입면제형)] 제1항 제8호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

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

제12조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」 필수기재) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정되거나 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제14조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환

금급 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않고, 보험료 납입기간이 완료된 이후에 계약이 해지될 경우에는 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급하는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」 보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.

【1종(해약환급금미지급형(납입후50%))해약환급금 예시】

1종(해약환급금미지급형(납입후50%))을 100세만기 20년납으로 2023년 4월 1일 계약체결시 2043년 3월 31일까지 보험료 납입기간 중 해지하는 경우에는 해약환급금이 없습니다.

2. “1” 에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 위 “1” 에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.
4. 회사는 1종(해약환급금미지급형(납입후50%)) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 보통약관 제34조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제15조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약

일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

93. 종합병원 암 주요치료비(본인부담금 2천만원이상)(연간1회한, 5년간)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」 이내에 종합병원에서 「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받아 「연간 암 주요치료비 본인부담금 총액」이 2천만원 이상인 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래와 같이 종합병원 암주요치료비를 지급합니다.

연간 암 주요치료비 본인부담금 총액	지급금액
2천만원이상 ~ 3천만원미만	보험가입금액의 200%
3천만원이상 ~ 4천만원미만	보험가입금액의 300%
4천만원이상 ~ 5천만원미만	보험가입금액의 400%
5천만원이상 ~ 6천만원미만	보험가입금액의 500%
6천만원이상 ~ 7천만원미만	보험가입금액의 600%
7천만원이상 ~ 8천만원미만	보험가입금액의 700%
8천만원이상 ~ 9천만원미만	보험가입금액의 800%
9천만원이상 ~ 1억원미만	보험가입금액의 900%
1억원이상	보험가입금액의 1000%

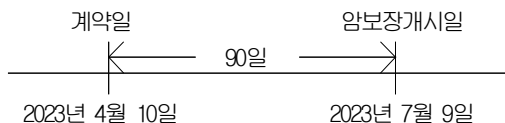
② 제1항의 「암주요치료」는 「암」(최초 진단과 상이한 「암」도 포함합니다.)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의 「보험금 지급기간」이라 함은 「암」의 최초 진단확정일로부터 5년을 말합니다.

④ 제1항의 「연간」이라 함은 「암」의 최초 진단확정일 부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「암」의 진단해당일 (「암」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「암」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「암」의 진단해당일로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



【종합병원 암 주요치료비(본인부담금 2천만원이상)[예시]】

계약일로부터 1년 이후 「암(유사암제외)」로 최초 진단 확정된 경우(가입금액 1,000만원 기준)

-계약일 : 2024년 7월 1일

-C15(식도의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2030년 1월 1일

-C32(후두의 악성신생물) 최초 진단확정일 : 2031년 1월 1일

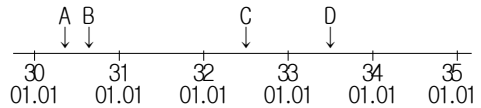
[암 진단 후 종합병원에서 발생한 암 주요 치료비 본인부담금]

A: 암수술(C15) : 1,000만원

B: 항암방사선치료(C15) : 700만원

C: 항암약물치료(C15) : 2,500만원

D: 항암약물치료(C32) : 800만원



구분	진단후 1차년도	진단후 2차년도	진단후 3차년도	진단후 4차년도	진단후 5차년도
본인 부담금	1,700만	- (치료X)	2,500만	800만	- (치료X)
보험금	-	-	2,000만	-	-

*2030년 1월 1일 C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 암을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2030년 1월 1일부터 5년입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」 또는 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

③ 제7조(연간 암주요치료비 본인부담금 총액 등의 정의)에도 불구하고 보험수익자가 「암」의 진단해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 연간 암주요치료비 본인부담금 총액을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 암주요치료비를 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 연간 암주요치료비 본인부담금 총액이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

제3조(암, 암(유사암제외), 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다. 단, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 「암」, 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암」, 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암」, 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

⑦ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(암주요치료의 정의)

① 「암주요치료」에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

- ① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
- ② 면역력강화치료
- ③ 암이나 암치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 호르몬 관련 치료제
- ⑤ 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고, 호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에관한법을 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

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

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

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등

의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

제6조(항암방사선·약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭스, 쉐리나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조(연간 암주요치료비 본인부담금 총액 등의 정의)

① 이 특별약관에서 「연간 암 주요치료비 본인부담금 총액」(이하 「암주요치료비」)이라 함은 제4조(암주요치료의 정의)에 따른 「암주요치료」를 받고, 해당치료로 인해 발생한 비용 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금

에 해당하는 금액(이하 「급여의료비 본인부담금」이라 합니다)과 비급여 금액(이하 「비급여의료비 본인부담금」이라 합니다)의 연간 합계액을 말합니다.

【급여】

「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

【본인부담금】

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

【비급여】

「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

② 제1항의 「암주요치료비」는 매년 재산정합니다

③ 제1항의 「연간」이라 함은 「암」의 최초 진단확정일 부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「암」의 진단해당일 (「암」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「암」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「암」의 진단해당일로 합니다.

④ 제1항의 「암주요치료비」는 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에서 행한 의료행위로 인하여 발생한 금액에 한합니다.

⑤ 제1항의 「암주요치료비」중 암수술 주요치료비는 암수술로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용을 말합니다.

⑥ 제1항의 「암주요치료비」중 항암약물치료 주요치료비는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비세부내역서의 항암제의 약제비를 말합니다. 다만, 호르몬관련치료제는 항암제 범위에서 제외됩니다.

⑦ 제1항의 「암주요치료비」중 항암방사선치료 주요치료비는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비세부내역서의 방사선치료료를 말합니다. 방사선치료료에는 방사선모의 치료, 방사선치료계획, 방사선 치료가 포함됩니다.

【진료비 세부 내역서】

진료비세부내역서란병원에서행한의료행위에대한구체적인내역을기재한문서로진료일자및시간, 진료항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다. 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차에 따라 급여항목이 발생한 경우로 국민건강보험 공단부담금 및 본인부담금을 합한 금액을 말합니다.

⑧ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조(정의) 제3호에 해당하는 말기 암환자에 대한 치료로 인해 호스피스완화의료(정액수가)가 발생한 경우 호스피스완화의료(정액수가)를 제1항의 「암주요치료비」에 포함합니다.

⑨ 제1항의 「급여의료비 본인부담금」은 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 「급여의료비 본인부담금」을 기준으로 합니다.

- ① 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로 부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
- ② 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
- ③ 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
- ④ 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우

⑩ 제1항의 「급여의료비 본인부담금」은 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.

- ① 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
- ② 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로 부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전

문의를 둘 수 있다.

제9조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제10조(보험료의 납입면제)

회사는 다음에 정한 1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제형) 중에서 계약자가 선택한 한가지형만을 적용합니다.

【1형(보험료 납입면제 미적용형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」로 진단확정되거나 보험료 납입기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

【2형(보험료 납입면제형)】

① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 이 특별약관의 보험료 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 경우
- ③ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우
- ④ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우
- ⑤ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「말기폐

질환」으로 진단확정되었을 경우

- ⑥ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「말기간경화」로 진단확정되었을 경우
- ⑦ 피보험자가 보통약관 제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)에서 정한 「말기신부전증」으로 진단확정되었을 경우
- ⑧ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ⑨ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

제11조(납입면제에 관한 세부규정)

① 제10조(보험료의 납입면제) [2형(보험료 납입면제형)] 제1항 제8호 및 제9호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제10조(보험료의 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급

률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑧ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료의 납입면제 사유가 발생한 때에는 제10조(보험료의 납입면제) [2형(보험료 납입면제형)] 제1항 제8호 및 제9호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

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

⑨ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 제10조(보험료의 납입면제) [2형(보험료 납입면제형)] 제1항 제8호에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

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

제12조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료행위코드」 필수기재) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정되거나 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제14조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않고, 보험료 납입기간이 완료된 이후에 계약이 해지될 경우에는 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급하는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.

【1종(해약환급금미지급형(납입후50%))해약환급금 예시】

1종(해약환급금미지급형(납입후50%))을 100세만기 20년납으로 2023년 4월 1일 계약체결시 2043년 3월 31일까지 보험료 납입기간 중 해지하는 경우에는 해약환급금이 없습니다.

2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

3. 위 “1”에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 이후 계약이 해지된 경우에는 회사는 동일한 가입조건으로 계산된 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 합니다.

4. 회사는 1종(해약환급금미지급형(납입후50%)) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

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

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 보통약관 제34조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제15조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

III. 상해 및 질병 관련 특별약관

1. 중증치매간병비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 제2조(중증치매상태의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중증치매상태」로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증치매간병비로 지급합니다.

제2조(중증치매상태의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「중증치매상태」는 아래 각호에 모두 해당되는 「치매」로 「중증 인지기능의 장애」가 발생하여, 「중증치매상태」로 진단된 경우를 말합니다.

- ① 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
- ② 정상적으로 성숙한 뇌가 ①에 의한 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 제1항에서 정한 「중증 인지기능의 장애」라 함은 OR 척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사 결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

【OR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)】

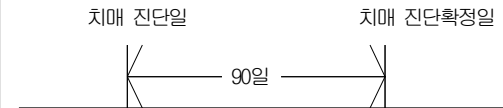
치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

③ 제1항에서 정한 「중증치매상태」의 진단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과)의 진단서에 의하고, 이 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.

④ 제1항의 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「중증치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 중증치매상태로 진단확정됩니다. 다만, 피보험자가 장애에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 제1항의 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「중증치매상태」로 최종 진단확정될 수 있습니다.

⑤ 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매 진단을 위해 실시한 검사 결과 제출을 요청할 수 있습니다.

【치매의 진단확정(예시)】



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 제2조(중증치매상태의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 「중증치매상태」로 진단되었으나 「중증치매상태」로 진단확정되지 않고 보험기간이 만료되더라도, 보험기간 중 「중증치매상태」로 진단된 시점부터 90일이상 계속 되어 「중증치매상태」로 진단확정된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑥ 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
- ⑦ 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
- ⑧ 알코올 중독, 습관성 약물 및 환각제의 복용 및 사용

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 방벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

- ① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.
- ② 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약을 체결한 이후 보험기간 중에 다음의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)을 2인 이내(2인 지정시 대표대리인을 지정)에서 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정, 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구할 때에도 다음의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 - ① 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 - ② 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 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 - ① 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
 - ② 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ⑤ 회사는 제4항의 지정대리청구인 변경 지정시 계약자의 지정 편의를 위해 가족관계서류의 수령을 생략할 수 있습니다.
- ⑥ 지정대리청구인은 제8항에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ⑦ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다. 다만, 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
 - ① 청구서(회사양식)

- ② 사고증명서
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
- ④ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
- ⑤ 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증치매간병비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2. 갑스치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 「갑스(Cast) 치료」를 받았을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 갑스치료비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해 또는 질병으로 갑스치료를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 갑스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 갑스치료비를 지급합니다.

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

제3조(갑스(cast)치료의 정의)

이 특별약관에 있어서 「갑스(Cast)치료」라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법은 제외합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

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

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

3. 유방절제수술복원치료비(부분절제제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 【별표28(유방절제수술 분류표)】에서 정한 「유방절제수술(Total Mastectomy)」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유방절제수술복원치료비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「유방절제수술(Total Mastectomy)」은 부분절제술(Subtotal Mastectomy), 국소절제수술(Lumpectomy), 유방의 절제를 동반하지 않은 유두의 절제, 미용을 위한 절제술, 유방의 조직검사(Biopsy)는 제외합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

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

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 - ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 - ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
 - ④ 미용성형 목적의 수술
 - ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사

(腹腔鏡検査) 등)

⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 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 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑥ 피보험자의 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 유방절제수술복원치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

4. 인공관절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 아래에 정한 수술을 받았을 때에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 인공관절수술비로 지급합니다.

① 고관절(엉덩이관절), 슬관절(무릎관절) 또는 견관절(어깨관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고 인공적으로 만든 관절(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 「인공관절」이라 합니다)을 삽입하여 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는 「인공관절치환술」을 받은 경우

② 손상된 골두를 제거하고 인체에 해가 없는 인공적으로 만든 골두를 해당 뼈에 삽입시켜 줌으로써 기존 골두의 기능을 치환하여 주는 「인공골두삽입술」을 받은 경우

② 제1항에도 불구하고 관절의 일부만을 치환하거나 성형하는 수술 및 처치(단, 인공골두삽입술은 제외) 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 모두 보장에서 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

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

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

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

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑥ 피보험자의 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

5. 5대장기이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인한 장기수혜자로서 「5대장기이식수술」을 받았을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(5대장기이식수술의 정의)

이 특별약관에 있어서 「5대장기」라 함은 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐장을 말하며, 「5대장기이식수술」이라 함은 「장기등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 다만, 랑게르한스 소도세포 이식수술은 5대장기이식수술로 보지 않습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

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

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

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

【신의료기술평가위원회】

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

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꿰어 체액·조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술

⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공공도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

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

제6조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대장기이식수술비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는

이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

6. 신김스치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 제3조(신김스치료의 정의 및 지급률표) 제1항에서 정한 「신김스치료」를 받았을 때에는 보험수익자에게 제3조(신김스치료의 정의 및 지급률표) 제1항에서 정한 진료행위별 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 신김스치료비 보험금으로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법은 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해 또는 질병으로 두가지 이상의 신김스치료를 받은 경우에는 그 각각에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 바에 따라 산출한 보험금을 합산하여 지급하나, 신체 동일 부위에 대한 동일한 「신김스치료」는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

② 회사가 지급하여야 할 하나의 상해 또는 질병으로 인한 신김스치료비 보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

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

제3조(신김스치료의 정의 및 지급률표)

① 이 특별약관에서 있어 「신김스치료」라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 신김스치료가 필요하다고 인정하는 기준(이하 「신김스치료 급여 인정기준」이라 합니다)에 해당하는 경우로서 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위명칭	진료 행위 코드	지급률
손가락캐스트	T6090	5%
단상지[전완으로부터 수부까지]	T6030	10%
장상지[상완으로부터 수부까지] 8자형 석고	T6020 T6120	20%
단하지[하퇴로부터족부까지]-With out Walker 단하지[하퇴로부터족부까지]-With Walker 슬개건 부하캐스트 견수상[흉부로부터 수부까지] 벨포캐스트	T6060 T6061 T6063 T6010 T6110	30%
대퇴에서 족부에 미치는 캐스트 장하지[대퇴로부터 족부까지]-Without Walker 장하지[대퇴로부터 족부까지]-With Walker Risser형 체간캐스트 Minerva형 체간캐스트	T6050 T6051 T6052 T6080 T6070	40%
고수상[요부로부터 족부까지, 척추cast포함]	T6040	60%

[2] 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「신김스 치료 급여인정기준」이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급 사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「신김스치료 급여인정기준」을 따릅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

[2] 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가

발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약 환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

7. 응급실내원비(응급)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「응급환자」에 해당되어 「응급실」에 내원하여 진료 받은 경우 보험수익자에게 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 응급실내원비(응급)로 지급합니다. 이 때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(응급실 및 응급환자의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「응급환자」라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상」으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는

빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공공도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)】

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.

【응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)】

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조 제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. [별표1]의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

【별표1】응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 급성意識장애, 급성신경학적 이상, 구토·意識장애 등의 증상이 있는 두부 손상
- 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
- 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
- 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성체장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
- 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
- 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 상실
- 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
- 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
- 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
- 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
- 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
- 라. 출혈 : 혈관손상
- 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
- 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
- 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

관련법령이 변경되는 경우 변경된 법률을 적용합니다.

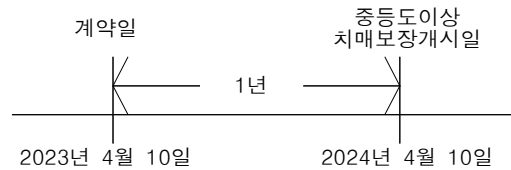
8. 중등도이상 치매간병비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 중등도이상 치매보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 제2조(중등도이상 치매상태의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중등도이상 치매상태」로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중등도이상 치매간병비로 지급합니다.

② 이 특별약관에서 중등도이상 치매보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상으로 인하여 「중등도이상 치매상태」가 발생한 경우에는 계약일을 중등도이상 치매보장개시일로 합니다.

【중등도이상 치매보장개시일(예시)】



제2조(중등도이상 치매상태의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「중등도이상 치매상태」는 아래 각호에 모두 해당되는 「치매」로 「중등도이상 인지기능의 장애」가 발생하여, 「중등도이상 치매상태」로 진단된 경우를 말합니다.

- ① 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
- ② 정상적으로 성숙한 뇌가 ①에 의한 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 능력이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 제1항에서 정한 「중등도이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 2점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사 방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함한다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점부터 90일이 상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

【CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)】

치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

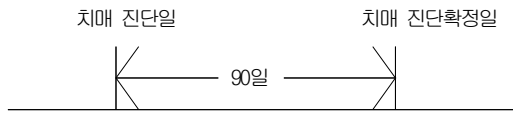
③ 제1항에서 정한 「중등도이상 치매상태」의 진단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을

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.

④ 제1항의 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「중등도이상 치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 중등도이상 치매상태로 진단확정됩니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 제1항의 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「중등도이상 치매상태」로 최종 진단확정될 수 있습니다.

⑤ 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매 진단을 위해 실시한 검사 결과 제출을 요청할 수 있습니다.

【치매의 진단확정(예시)】



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 제2조(중등도이상 치매상태의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 「중등도이상 치매상태」로 진단되었으나 「중등도이상 치매상태」로 진단확정되지 않고 보험기간이 만료되더라도, 보험기간 중 「중등도이상 치매상태」로 진단된 시점부터 90일이상 계속 되어 「중등도이상 치매상태」로 진단확정된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑥ 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
- ⑦ 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
- ⑧ 알코올 중독, 습관성 약물 및 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제5조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

② 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약을 체결한 이후 보험기간 중에 다음의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)을 2인 이내(2인 지정시 대표대리인을 지정)에서 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정, 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구할 때에도 다음의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

- ① 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
- ② 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 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ① 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
- ② 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 회사는 제4항의 지정대리청구인 변경 지정시 계약자의 지정 편의를 위해 가족관계서류의 수령을 생략할 수 있습니다.

⑥ 지정대리청구인은 제8항에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인

으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

㉔ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

㉕ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다. 다만, 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
- ④ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
- ⑤ 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 무효)

㉑ 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 「중등도이상 치매보장개시일」의 전일 이전에 「치매」로 「중등도이상 인지기능의 장애」가 발생한 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

㉒ 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

㉑ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 치매 간병비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

㉒ 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

㉓ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약

일로 하여 「중등도이상 치매보장개시일」을 적용합니다.

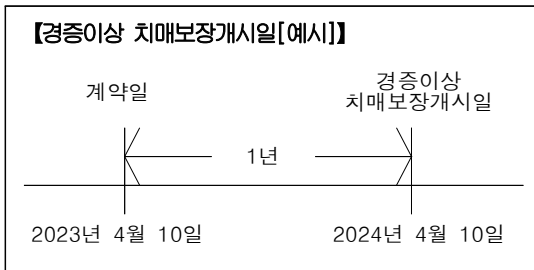
제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

9. 경증이상 치매간병비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 경증이상 치매보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 제2조(경증이상 치매상태의 정의 및 진단확정)에서 정한 「경증이상 치매상태」로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 경증이상 치매간병비로 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 경증이상 치매보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상으로 인하여 「경증이상 치매상태」가 발생한 경우에는 계약일을 경증이상 치매보장개시일로 합니다.



제2조(경증이상 치매상태의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「경증이상 치매상태」는 아래 각 호에 모두 해당되는 「치매」로 「경증이상 인지기능의 장애」가 발생하여, 「경증이상 치매상태」로 진단된 경우를 말합니다.

- ① 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
- ② 정상적으로 성숙한 뇌가 ①에 의한 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

- ② 제1항에서 정한 「경증이상 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 해당하는 상태에서 그 상태가 발생시점부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

【CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)】

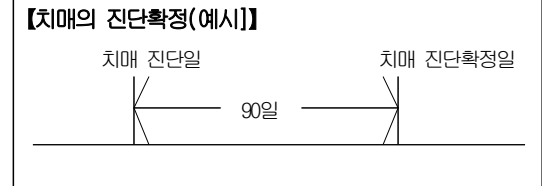
치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ③ 제1항에서 정한 「경증이상 치매상태」의 진단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위

해 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.

- ④ 제1항의 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「경증이상 치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 경증이상 치매상태로 진단확정됩니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 제1항의 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「경증이상 치매상태」로 최종 진단확정될 수 있습니다.

- ⑤ 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매 진단을 위해 실시한 검사 결과 제출을 요청할 수 있습니다.



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 제2조(경증이상 치매상태의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 「경증이상 치매상태」로 진단되었으나 「경증이상 치매상태」로 진단확정되지 않고 보험기간이 만료되더라도, 보험기간 중 「경증이상 치매상태」로 진단된 시점부터 90일이상 계속 되어 「경증이상 치매상태」로 진단확정된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑥ 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한

인지기능의 장애

⑦ 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애

⑧ 알코올 중독, 습관성 약물 및 환각제의 복용 및 사용

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, 공동도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

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

제5조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

② 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약을 체결한 이후 보험기간 중에 다음의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)을 2인 이내(2인 지정시 대표대리인을 지정)에서 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정, 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구할 때에도 다음의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

① 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자

② 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 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

① 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)

② 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인인 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 회사는 제4항의 지정대리청구인 변경 지정시 계약자의 지정 편의를 위해 가족관계서류의 수령을 생략할 수 있습니다.

⑥ 지정대리청구인은 제8항에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에

는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

⑦ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

⑧ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다. 다만, 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)

④ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본

⑤ 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 무효)

① 회사는 보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 「경증이상 치매보장개시일」의 전일 이전에 「치매」로 「경증이상 인지기능의 장애」가 발생한 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제7조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 경증이상 치매간병비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 「경증이상 치매보장개시일」을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

**10. 50%이상후유장해 및 6대질병진단
(페이백 기본형)보장 특별약관**

* 이 특별약관은 2형(보험료 납입면제형) 가입시에 한하여 가입 가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 50%이상후유장해 및 6대질병진단보험금으로 지급합니다.

- ① 보험기간 중에 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ② 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ③ 보험기간 중에 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ④ 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 경우
- ⑤ 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 경우
- ⑥ 보험기간 중에 「말기폐질환」으로 진단확정되었을 경우
- ⑦ 보험기간 중에 「말기간경화」로 진단확정되었을 경우
- ⑧ 보험기간 중에 「말기신부전증」으로 진단확정되었을 경우

구 분	지급금액
상해 50%이상 후유장해 발생시, 질병 50%이상 후유장해 발생시, 암진단시, 뇌졸중진단시, 급성심근경색증진단시, 말기폐질환진단시, 말기간경화진단시 또는 말기신부전증진단시 (단, 최초지급사유 1회에 한하여 지급)	보험가입금액 × 납입경과월수

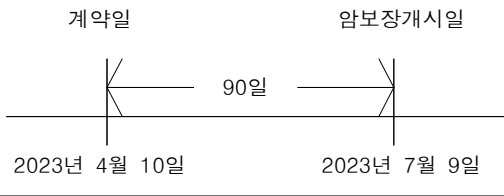
② 이 특별약관에서 납입경과월수라 함은 계약 체결시부터 보험금 지급사유 발생일까지의 매월 계약해당일의 경과횟수를 말합니다. 단, 납입경과월수는 이 특별약관의 총 보험료 납입횟수를 한도로 합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암(유사암제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우 또는 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「뇌졸중」, 「급성심근경색증」, 「말기폐질환」, 「말기간경화」 또는 「말기신부전증」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 보험금을 지급합니다. 다만, 제9조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 보험금에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

④ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기

준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일 [예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표 2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

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

⑤ 같은 상해 또는 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해 또는 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지

의 후유장해에 대한 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 계약자는 피보험자가 「암보장개시일」 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정된 경우에는 그 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 90일 이내 이 특별약관을 취소할 수 있으며 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

⑨ 「암보장개시일」 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었으나, 제8항에 따라 계약자가 이 특별약관의 취소를 선택하지 않은 때에는 이 특별약관의 보장개시일로부터 「암보장개시일」 이전에 진단확정된 「암(유사암제외)」이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암(유사암제외)」으로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다.

다만, 청약일부터 「암보장개시일」 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단 확정 받더라도 「암보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안 그 「암(유사암제외)」으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 「암보장개시일」부터 5년이 지난 이후에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

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

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

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

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는

원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세 불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

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

제4조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준 질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표6(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표7(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전

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

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제6조(말기폐질환의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 「말기폐질환」이라 함은 【별표13(말기폐질환)】에서 정한 「말기폐질환」을 말합니다.

제7조(말기간경화의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 「말기간경화」이라 함은 【별표14(말기간경화)】에서 정한 「말기간경화」을 말합니다.

제8조(말기신부전증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성신장병(제8차 한국표준 질병사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 않습니다.

② 「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외함) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

11. 아나필락시스진단비(응급, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제5조(응급실의 정의)에서 정한 「응급실」에 내원하여 「아나필락시스」로 진단확정된 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 아나필락시스진단비(응급,연간1회한)로 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고 그 후에 「아나필락시스」로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로 보고 제1항에 해당하는 경우에 한하여 아나필락시스진단비(응급,연간1회한)를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸)에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 아나필락시스진단비(응급,연간1회한)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 응급실 내원하던 도중 사망하는 경우에도 「아나필락시스」를 직접적인 원인으로 사망한 것이 확인된 경우에는 응급실에 내원하여 진단받은 것으로 보아 제3항을 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 「응급실」이 아닌 곳에서 진료를 받은 경우
- ② 「아나필락시스양(anaphylactoid reaction)」 반응

제4조(아나필락시스의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「아나필락시스」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「아나필락시스」로 분류되는 상병으로 【별표31(아나필락시스 분류표)】에서 정한 상병을 말합니다.
- ② 「아나필락시스」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 병력, 피부단자검사, 혈액검사, 항체검사, 항원검사, 유발검사 등에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「아나필락시스」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(응급실의 정의)

이 특별약관에서 「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(응급실기록지사본, 진단서(병명, 질병분류번호 기입), 의사소견서 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)】

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우 신고를 생략할 수 있다.

12. 7대장기이식대기등록보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 보험기간 중 「7대장기이식대기자」로 등록되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 7대장기이식대기등록지원금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(7대장기이식대기자의 정의)

① 이 특별약관에서 「7대장기」이라 함은 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐, 조혈모세포, 안구를 말합니다.

② 「7대장기이식대기자」라 함은 「장기등 이식에 관한 법률」에서 정의한 「장기등이식대기자」중 제1항의 「7대장기」의 이식대기를 등록한 사람을 말합니다.

【관련법규】

장기등 이식에 관한 법률 제4조(정의) 제4호

4. 「장기등이식대기자」란 자신의 장기등의 기능회복을 목적으로 다른 사람의 장기등을 이식받기 위하여 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.

장기등 이식에 관한 법률 제14조(장기등기증자 등의 등록)

- ① 장기등기증자 또는 장기등이식대기자로 등록하려는 사람은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 등록기관에 등록을 신청하여야 한다. 다만, 장기등기증자가 뇌사자 또는 사망한 자의 경우에는 그 가족 또는 유족 중 1명이 등록을 신청할 수 있다.
- ② 등록기관의 장은 제1항에 따른 신청을 받으면 다음 각 호의 기준에 따라 등록 여부를 결정하여야 한다.
 1. 장기등기증자의 경우 : 제12조 및 제22조에 따른 본인이나 가족 또는 유족의 동의 여부와 등록기관의 장이 실시하는 신체검사(등록기관이 의료기관이 아닌 경우에는 등록기관의 장이 지정하는 의료기관에서 실시하는 신체검사를 말한다. 이하 같다) 결과 장기등기증자로 적합한지 여부. 다만, 장기등기증자로 적합한지 확인할 수 있는 신체검사 결과가 있으면 신체검사를 생략할 수 있다.
 2. 장기등이식대기자의 경우 : 등록기관의 장이 실시하는 신체검사 결과 장기등이식대기자로 적합한지 여부

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(응급실기록지사본, 진단서(병명, 질병 분류번호 기입), 의사소견서 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

13. 골밀도검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해 또는 질병의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제3조(골밀도검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「골밀도검사(급여)」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 골밀도검사비로 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「골밀도검사(급여)」를 받은 경우에도 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 골밀도검사비만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(골밀도검사(급여)의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 「골밀도검사(급여)」라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 상해 또는 질병의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에 해당하는 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
골밀도검사[재료대포함]	
가. 양방사선(광자) 골밀도검사	
(1) 1부위	HC341
(2) 2부위이상	HC342
나. 정량적 전산화단층골밀도검사	
(1) QCT	HC343
(2) PQCT	HC346
다. 방사선흡수측정기방식	HC345
라. 기타 방법에 의한 것	HC344
[단광자 골밀도측정(SPA), 양방사선말단 골밀도측정(PDEXA), 단에너지 골밀도측정(SXA), 초음파 골밀도측정(QUS)]	

【골밀도검사】

방사선을 이용하여 우리 몸 특정 부위의 골 밀도를 측정한 후 결과를 수치화하여 나타내는 검사로, 골밀도 측정을 통해 골다공증 및 골연화증의 조기발견 및 골절의 치료경과 평가를 위해 주로 시행하는 검사를 말합니다.

② 제1항의 「골밀도검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 ‘요양급여’라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 ‘의료급여’라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「골밀도검사(급여)」의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「골밀도검사(급여)」의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(특별약관의 소멸)

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

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

IV. 비용 관련 특별약관

1. 민사소송법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자에게 소송의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우에는 1사고당 아래의 금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 금액을 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다.

구분		보상한도액
소송사건이 종료되어 법률비용을 부담하는 경우	변호사 비용	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원)
	인지액 + 송달료	500만원 한도

제2조(소송 등의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「소송」이라 함은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심 및 항소심에 대한 상고심 각각(이하 「심급별」이라 합니다)을 말하며, 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.
- ② 이 특별약관에서 「소송사건」이라 함은 대법원 「법원 재판사무 처리규칙」 및 「사건별 부호문자의 부여에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건을 말합니다.

심급구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

상기 사건별 부호에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 사건별 부호에 따라 보상합니다.

- ③ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.
- ② 회사는 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.
- ① 변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙에 정한 변호사비용(【별표18(소송목적의 값에 따른 변호사비용)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한

변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액

- ② 민사소송 등 인지법에 정한 인지액(【별표19(민사소송 등 인지법에 정한 인지액)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액
- ③ 대법원이 정한 송달료 규칙에 정한 송달료(【별표20(송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송)】참조)의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료
- ③ 회사는 제2항의 각 호에 대하여 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가지급하거나 이미 지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

【송달료】

소송상의 서류를 당사자 또는 상대방에게 송달하기 위하여 소요되는 비용

【종국 판결】

소 또는 상소에 의하여 계속된 사건의 전부 또는 일부를 심급으로서 완결하는 판결

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 계약자, 피보험자의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
- ④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

【핵연료물질】

사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】

원자핵분열 생성물을 포함합니다.

- ⑤ 위 제4호 이외의 방사선을 쬔 것 또는 방사능 오염
- ⑥ 민사소송법에 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
- ⑦ 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
- ⑧ 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
- ⑨ 소비자기본법 제70조(단체소송의 대상 등)에 따라 제기된 소송
- ⑩ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
- ⑪ 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
- ⑫ 노동조합 및 노동관계조정법에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관

련된 소송

- ⑬ 독점규제 및 공정거래에 관한 법률, 증권관련집단소송법에 관련된 소송
- ⑭ 가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함하며, 이하 「의무보험」이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생하는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 법률비용
- ⑮ 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손, 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
- ⑯ 소송의 결과에 따라 피보험자가 민사소송 상대방에게 부담하여야 할 소송비용 일체
- ⑰ 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
- ⑱ 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
- ⑲ 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

【소송의 원인이 되는 사건】

사실관계를 객관적으로 입증할 수 있는 사건이 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 국가 기관 및 행정청으로부터 받은 행정처분을 말합니다.

【하나의 소송】

대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규에서 분류되는 소송사건 중 제2조(소송 등의 정의) 제2항에 해당하는 사건 분류 번호 상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(민사소송법^{주)}에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다)

다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생한 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.

【소의 취하】

민사소송법^{주)} 제266조(소의 취하), 동법^{주)} 제393조(항소의 취하), 동법^{주)} 제425조(항소심 절차의 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 항소장 심사

권), 동법^{주)} 제425조(항소심 절차의 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.

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

- ① 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 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 게을리 함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ③ 보험금지급을 위한 증명서(소장, 판결문, 소송상 조정, 소송상 화해 시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

② 제1항에 따른 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【지급보험금】

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

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

이 계약의 보상책임액

손해액 × $\frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때 회사는 피보험자의 판결 결과에 따라 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.

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.

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 관련 서류를 열람할 수 있습니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음에 따라 손해가 증가 된 때에는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제11조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약 환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2. 의료사고법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조에서 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따라 치료를 받고 보험기간 종료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 제1항에 따라 보상합니다.

③ 제1항의 「의료사고」라 함은 의료행위로 인하여 예상 외의 원하지 않는 결과를 초래하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 의료법 제3조에서 정한 의료기관에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해는 의료사고로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- ① 보험증권에 기재된 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
- ② 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
- ③ 계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료확인서 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(보험금의 부담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상합니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관

은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)는 제외합니다. 또한, 1형(보험료 납입면제 미적용형)으로 가입한 경우 보통약관 제26조(보험료의 납입면제) 및 제27조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

V. 별표

【별표2】

장해분류표

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제8조 제5항, 제35조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
사망보험금 (보통약관 제3조) (특별약관이 부가된 경우 특별약관의 보험금 포함)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)
해약환급금 (보통약관 제35조 제1항) (특별약관이 부가된 경우 특별약관의 해약환급금 포함)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 :평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 보통약관 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

① 총칙

1. 장해의 정의

- 1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태에서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하

나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.

- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

Ⅱ 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술 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) “한 눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때”라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.

※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상

태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있을 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤에 그 장애정도를 평가한다.
- 6) “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애”라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) “뚜렷한 시야 장애”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹液) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가 하여야 한다.
- “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사” 등을 추가실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 $1/20$ 이상 결손된 경우를 말한다.
- 귓바퀴의 연골부가 $1/2$ 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- “평형기능에 장애를 남긴 때”라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
가) 뇌영상검사(CT, MRI)
나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- “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.
- “코의 후각기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감되는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구(입을 벌림)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때” 라 함은 심한 개구(입을 벌림)운동 제한이나 저작(씹기)운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구(입을 벌림)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌림)운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구(입을 벌림)운동 제한 또는 약간의 저작(씹기)운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌림)운동이 2cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
- 5) 개구(입을 벌림)장해는 턱관절의 이상으로 개구(입을 벌림)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구(입을 벌림)상태에서 위아래턱(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.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전설어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률을 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(반흔(흉터)성형술, 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(흉터) 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔(흉터)의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔(흉터)는 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/2이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 가) 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/4이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결

손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 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 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체 부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 친구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이

- 상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기원증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관련도를 산정하여 평가한다.
 - 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
 - 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
 - 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
 - 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI : Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 8) 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
 - 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
 - 12) “추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
 - 13) “추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판 10마디를 수술하고도 신경생리검사상에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
 - 14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사상에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

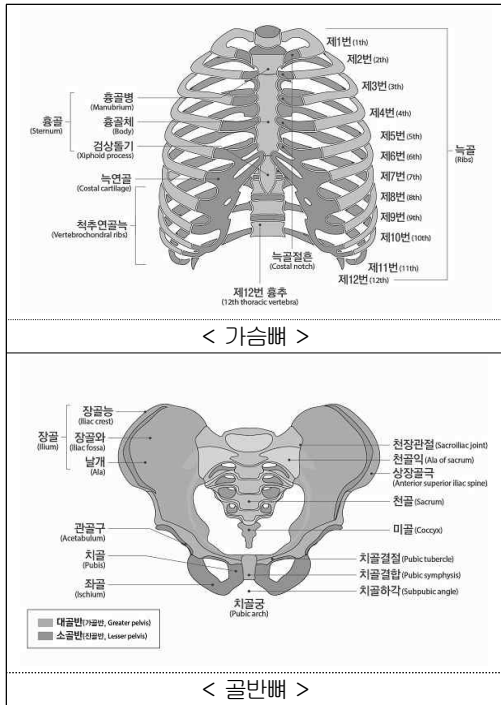
장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치

유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태

- 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
- 다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) “빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애 (예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애 각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우

8) “관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우

9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) “관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) “가관절[※]이 남아 뚜렷한 장애를 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 장애를 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 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 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 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) “다리” 라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.

4) “다리의 3대 관절” 이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.

5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때” 라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 다리의 관절기능 장해 평가는 다리의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.

가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

- 가) 완전 강직(관절굳음)
- 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
- 8) "관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때" 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
- 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
- 9) "관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때" 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) "관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때" 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) "가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리 뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 13) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 고신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1하지(다리와 발가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

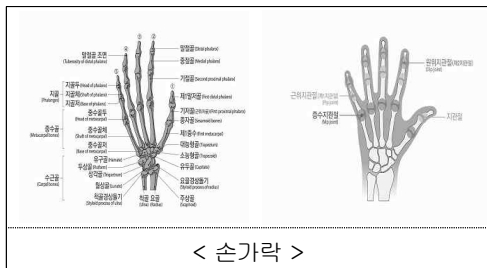
장애의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애판정기준

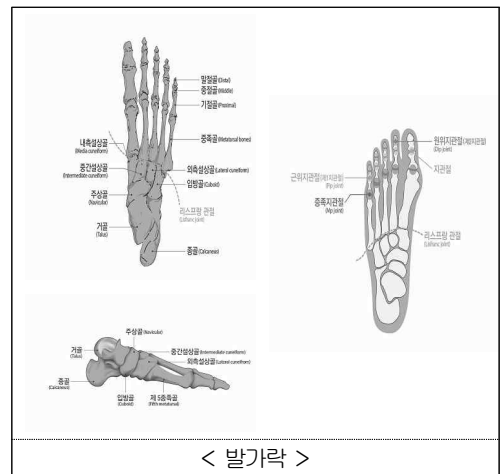
- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) "손가락을 잃었을 때" 라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) "손가락뼈 일부를 잃었을 때" 라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) "손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때" 라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하

8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



장애의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3



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. 장애의 판정기준

- 1) “심장 기능을 잃었을 때” 라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생도록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 체장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 체장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도 협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지

않은 기타 장애상태에 대해서는 “<불임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.

- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본 동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : ODR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : ODR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : ODR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : ODR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) “신경계에 장애를 남긴 때” 라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 “<불임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본 동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 “<불임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질

병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) “정신행동에 극심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) “정신행동에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) “정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준”[※] 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
 - ※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화 기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전 관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
- 바) “정신행동에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) “정신행동에 경미한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과와 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료가 관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할

수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정주의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

- 타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- 파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

- 가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
- 다) 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- 나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- 다) “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속

되는 발작을 말한다.

- 사) “경증발작” 이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이 동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)

유형	제한정도에 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 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
옷입고 벗기	- 상, 하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상, 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상, 하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

【별표3】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수성유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

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

시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】

제자리신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	000
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	001
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	002
4. 제자리흑색종	003
5. 피부의 제자리암종	004
6. 유방의 제자리암종	005
7. 자궁경부의 제자리암종	006
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	007
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	009

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	037
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	038
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	039
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	040
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	041
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	042
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	043
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	044
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만 세포 종양	047.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	047.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	047.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세포의 신생물	047.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	048

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】

뇌졸중대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌졸중대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내출혈	162
4. 뇌경색증	163
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표7】

급성심근경색증대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 급성심근경색증대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표8】

골절(치아파절 제외) 분류표Ⅱ

1. 약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(K00 :통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 목의 골절	S12
4. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
5. 요추 및 골반의 골절	S32
6. 어깨 및 위팔의 골절	S42
7. 아래팔의 골절	S52
8. 손목 및 손부위의 골절	S62
9. 대퇴골의 골절	S72
10. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
11. 발목을 제외한 발의 골절	S92
12. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
13. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
14. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
15. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
16. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

화상 분류표

1. 약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(KOD :통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

16대특정암 분류표

1. 약관에서 규정하는 16대특정암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(KOD :통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세 불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
7. 기관의 악성신생물	C33
8. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
9. 흉선의 악성신생물	C37
10. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C39
11. 종피종	C45
12. 카포시육종	C46
13. 후복막 및 복막의 악성신생물	C48
14. 담낭의 악성신생물	C23
15. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신	C24

대 상 질 병	분류번호
생물	
16. 소장의 악성신생물	C17

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표11】

5대고액치료비암 분류표

1. 약관에서 규정하는 5대고액치료비암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C70-C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 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 상세 불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표

준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표12】

뇌출혈 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(KOD :통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표13】

정한 대상질병 이외의 원인으로 인한 경우
 ② 2에서 정한 질병에 해당하지만 1의 가. ~ 나.
 의 특징을 모두 보이지 않는 경우

말기폐질환(End Stage Lung Disease)

- 말기 폐질환이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보아야 합니다.
 가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
 나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하

- 약관에 규정하는 말기 폐질환으로 분류되는 질병은 제 8차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상 질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성 하부호흡기 질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
흉막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99
- 수두폐렴(J17.1*)	B01.2†
- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2†
- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0†
- 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3†
- 류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1†

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

- 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

- 위의 1 ~ 3에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.
 (예) ① 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이나 2에서

- 말기 폐질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 말기 폐질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표14】

말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis)

1. 말기간경화라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한가지 이상의 원인이 됩니다.
 - ① 통제가 불가능한 복수증
 - ② 영구적인 황달
 - ③ 위나 식도벽의 정맥류
 - ④ 간성 뇌증
2. 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.
3. 말기 간경화의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope LiverScan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 말기 간경화의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표15】

갑상선기능항진증대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 갑상선기능항진증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
갑상선독증(갑상선기능항진증)	E05

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표16】

갑상선기능저하증대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 갑상선기능저하증대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
무증상 요오드결핍성 갑상선기능저하증	E02
의약품 및 기타 외인성 물질에 의한 갑상선기능저하증	E03.2
감염후 갑상선기능저하증	E03.3
갑상선의 위축(후천성)	E03.4
점액부종혼수	E03.5
기타 명시된 갑상선기능저하증	E03.8
상세불명의 갑상선기능저하증	E03.9
자가면역성 갑상선염	E06.3

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표17】

중대한 특정상해 분류표

1. 약관에 규정하는 중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 상 병	분류번호
뇌손상	두개내손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
	복강내기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표18】

소송목적의 값에 따른 변호사비용

소송목적의 값	소송비용에 산입되는 비율 또는 산입액
300만원까지 부분	30만원
300만원을 초과하여 2,000만원까지 부분 [30만원 + (소송목적의 값 - 300만원) × $\frac{10}{100}$]	10%
2,000만원을 초과하여 5,000만원까지 부분 [200만원 + (소송목적의 값 - 2,000만원) × $\frac{8}{100}$]	8%
5,000만원을 초과하여 1억원까지 부분 [440만원 + (소송목적의 값 - 5,000만원) × $\frac{6}{100}$]	6%
1억원을 초과하여 1억5천만원까지 부분 [740만원 + (소송목적의 값 - 1억원) × $\frac{4}{100}$]	4%
1억5천만원을 초과하여 2억원까지 부분 [940만원 + (소송목적의 값 - 1억5천만원) × $\frac{2}{100}$]	2%
2억원을 초과하여 5억원까지 부분 [1,040만원 + (소송목적의 값 - 2억원) × $\frac{1}{100}$]	1%
5억원을 초과하는 부분 [1,340만원 + (소송목적의 값 - 5억원) × $\frac{0.5}{100}$]	0.5%

※ 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에 정한 변호사비용이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

【별표19】

민사소송 등 인지법에 정한 인지액

소송목적의 값	인지액
1천만원 미만	소송목적의 값 × 0.5%
1천만원이상 ~ 1억원 미만	5,000원 + 소송목적의 값 × 0.45%
1억원이상 ~ 10억원 미만	55,000원 + 소송목적의 값 × 0.4%
10억원 이상	555,000원 + 소송목적의 값 × 0.35%

※ 「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액이 변경되는 경우에는 변경된 법에 따릅니다.

【별표20】

송달료 규칙에 정한 송달료(민사소송)

사건	송달료
1심 민사소액 / 민사단독 / 민사합의	104,000원 / 156,000원 / 156,000원
항소심 / 상고심	124,800원 / 83,200원

※ 대법원이 정한 송달료 규칙이 변경되는 경우에는 변경된 규칙에 따릅니다.

【별표21】

만성신부전 분류표

1. 약관에 규정하는 만성신부전으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 만성 신장병	N18
2. 상세불명의 신부전	N19

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표22】

뇌전증 분류표

1. 약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌전증으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
뇌전증	G40
뇌전증지속상태	G41

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표23】

총수염(맹장염) 분류표

1. 약관에 규정하는 총수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
총수의 질환	K35 ~ K38

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표24】

간질환 분류표

1. 약관에 규정하는 간질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
바이러스 간염	B15-B19
간의 질환	K70-K77
- 거대세포바이러스간염(K77.0*)	B25.1†
- 독소포자충간염(K77.0*)	B58.1†

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표25】

양성뇌종양(경계성종양제외) 대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 양성뇌종양(경계성종양제외) 대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
수막의 양성신생물	D32
뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
뇌하수체의 양성신생물	D35.2
두개인두관의 양성신생물	D35.3
송과선의 양성신생물	D35.4

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표26】

특정희귀난치성질환 분류표

1. 약관에 규정하는 특정희귀난치성질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
신경계통의 결핵	A17
기타 기관의 결핵	A18
좁쌀 결핵	A19
중추신경계통의 비정형바이러스 감염	A81
감염성 및 기생충성 질환을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B20
악성 신생물을 유발한 사람면역결핍바이러스병	B21
기타 명시된 질환을 유발한 사람면역결핍 바이러스병	B22
기타 병태를 유발한 사람면역결핍바이러스 병	B23
상세불명의 사람면역결핍바이러스병	B24
거대세포바이러스병	B25
크립토콕쿠스증	B45
림프절외 NK/T-세포림프종, 비강형태	C86.0
뇌하수체의 양성신생물	D35.2
포도당-6-인산탈수소효소결핍에 의한 빈혈	D55.0
해당 효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2
지중해빈혈	D56
용혈-요독증후군	D59.3
발작성 야간헤모글로빈뇨	D59.5
후천성 순수적혈구 무형성[적모구감소]	D60
기타 무형성 빈혈	D61
선천성 적혈구조혈이상빈혈	D64.4
유전성 제8인자 결핍	D66
유전성 제9인자 결핍	D67
폰빌레브란트병	D68.0
유전성 제11인자 결핍	D68.1
기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2
기타 혈전성향	D68.6
정상적 혈소판결함	D69.1
에반스증후군 (에반스증후군 이외의 기타 특발성 혈소판 감소성 자반은 제외)	D69.3
상세불명의 혈소판감소증	D69.6

대상질병	분류번호
무과립구증	D70
다형핵호중구의 기능장애	D71
림프세망 및 세망조직구 조직의 참여를 동반한 기타 명시된 질환	D76
항체결손이 현저한 면역결핍	D80
복합 면역결핍	D81
기타 주요 결손과 관련된 면역결핍	D82
공통가변성 면역결핍	D83
기타 면역결핍	D84
사르코이드증	D86
말단비대증 및 뇌하수체거인증	E22.0
고프로락틴혈증	E22.1
뇌하수체 기능저하	E23.0
쿠싱증후군	E24
부신생식기장애	E25
기타 고알도스테론증	E26.8
원발성 부신피질부전	E27.1
애디슨발증	E27.2
기타 및 상세불명의 부신피질부전	E27.4
기타 명시된 내분비장애	E34.8
활동성 구루병	E55.0
방향족아미노산대사장애	E70
축색아미노산 및 지방산 대사장애	E71
아미노산대사의 기타 장애	E72
젖당 불내성	E73
탄수화물대사의 기타장애	E74
스핑고지질대사장애 및 기타 지질축적장애	E75
글리코사미노글라이칸대사장애	E76
당단백질대사장애	E77
레쉬-니한 증후군	E79.1
기타 포르피린증	E80.2
구리 대사장애	E83.0
철 대사장애	E83.1
인대사 및 인산분해효소 장애	E83.3
남성 섬유증	E84
아밀로이드증	E85
헌팅톤병	G10
유전성 운동실조	G11
척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추 신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13
파킨슨병	G20
할러포르덴-스파츠병	G23.0
진행성 핵상안근마비[스탈-리차드슨-올스 제위스키]	G23.1
리이병	G31.81
다발경화증	G35
기타 전신뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.4
뇌전증지속상태	G41
발작수면 및 허탈발작	G47.4
멜커슨증후군	G51.2
복합부위통증증후군 II형	G90.6
유전성 운동 및 감각 신경병증	G90.0

대상질병	분류번호
염증성 다발신경병증	G61
달리 분류된 감염성 및 기생충성질환에서의 다발신경병증	G63.0
중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
근육의 원발성장애	G71
주기마비	G72.3
람베르트-이튼 증후군	G73.1
자율신경계통의 기타 장애	G90.8
척수공동증 및 연수공동증	G95.0
삼출성 망막병증 - 단, 삼출성 망막병증 이외의 배경망막병증 및 망막혈관변화는 제외	H35.0
연령과 관련된 삼출성 황반변성	H35.31
색소성 망막디스트로피	H35.51
감각성 망막을 주로 침범한 기타 디스트로피	H35.58
상세불명의 유전성 망막디스트로피	H35.59
기타마비성 사시	H49.8
원발성 폐동맥 고혈압	I27.0
확장성 심근병증	I42.0
폐색성 비대성 심근병증	I42.1
기타 비대성 심근병증	I42.2
심내막심근(호산구성)병	I42.3
기타 제한성 심근병증	I42.5
모야모야병	I67.5
폐색 혈전혈관염[버거병]	I73.1
유전성 출혈성 모세혈관확장증	I78.0
버드-키아리 증후군	I82.0
폐포 및 벽측폐포 병태	J84.0
섬유증을 동반한 기타 간질성 폐질환	J84.1
류마티스 폐질환	J99.0
크론병[국소성 장염]	K50
궤양성 대장염	K51
결핵성 복막염	K67.3
원발성 담즙성 경변증	K74.3
자가면역성 간염	K75.4
담관염	K83.0
장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애	K93.0
보통 천포창	L10.0
낙엽 천포창	L10.2
수포성 유사천포창	L12.0
흉터 유사천포창	L12.1
후천성 수포성 표피박리증	L12.3
결핵 관절염	M01.1
혈청검사 양성 류마티스관절염	M05
절단성 관절염	M07.1
건선 척추염	M07.2
기타 건선관절병증	M07.3
연소성 류마티스 관절염	M08.0
연소성 강직척추염	M08.1
전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2
(혈청검사 음성인)연소성다발관절염	M08.3
결절성 다발동맥염	M30.0

대상질병	분류번호
폐 침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1
연소성 다발동맥염	M30.2
과민성 혈관염	M31.0
혈전성 미세혈관병증	M31.1
베게너육아종증	M31.3
대동맥증후군[다카야수]	M31.4
현미경적 다발혈관염	M31.7
전신홍반루푸스	M32
피부다발관염	M33
전신경화증	M34
건조증후군[셰그렌]	M35.0
기타 중복증후군	M35.1
베체트병	M35.2
류마티스성 다발관통	M35.3
미만성(호산구성) 근막염	M35.4
다초점 섬유경화증	M35.5
재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6
과가동성 증후군	M35.7
강직 척추염	M45
척추의 결핵	M49.0
진행성 골화근육염	M61.1
뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
복합부위 통증증후군 I 형	G90.5
뼈의 결핵	M90.0
재발성 다발연골염	M94.1
신장성 요붕증	N25.1
결핵성 방광염	N33.0
자궁경부의 결핵감염	N74.0
여성 결핵성 골반염증질환	N74.1
신생아의 호흡곤란	P22

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표27】

호흡기관련질병 분류표

1. 약관에 규정하는 호흡기관련질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성 상기도감염	J00 ~ J06
2. 상기도의 상세불명 질환	J39.9
3. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
4. 단순성 및 점액화농성 만성기관지염	J41
5. 상세불명의 만성 기관지염	J42
6. 천식, 천식지속 상태	J45, J46
7. 폐렴, 재향군인병, 폐렴이 합병된 흉역	J12 ~ J18, A48.1, B05.2
- 수두폐렴(J17.1*)	B01.2†
- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0†
- 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3†

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표28】

유방절제수술 분류표

약관에 규정하는 유방절제수술복원치료비의 유방절제수술은 국제의료행위 분류표(ICD. 9)에 의한 수술 및 처치 코드에 해당하는 수술을 말합니다.

대 상 수 술 명	수술 및 처치 코드
1. 편측단순유방절제술	85.41
2. 양측단순유방절제술	85.42
3. 편측확대유방절제술	85.43
4. 양측확대유방절제술	85.44
5. 편측근치적유방절제술	85.45
6. 양측근치적유방절제술	85.46
7. 편측확대근치적유방절제술	85.47
8. 양측확대근치적유방절제술	85.48

【별표29】

급성간염(A,B,C형) 분류표

1. 약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 급성간염(A,B,C형)으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
급성 A형간염	B15
급성 B형간염	B16
급성 C형간염	B17.1

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표30】

신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표

1. 두개골(머리뼈) 및 안면골(얼굴뼈)의 골절
 - (1) 두개골(머리뼈)
 - 1) 수술을 행한 골절 24%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 10%
 - (2) 하악골(下顎骨, 아래턱뼈)
 - 1) 수술을 행한 골절 18%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 10%
 - (3) 협골(頰骨, 광대뼈), 상악골(上顎骨, 위턱뼈), 비골(鼻骨, 코뼈) 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 10%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 5%
 - (4) 머리의 손상(진단 또는 수술) 18%
 - (5) 치아의 파절(진단 또는 수술) 2%
2. 경추(목뼈)의 골절
 - (1) 경추(목뼈)의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 40%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 24%
 - (2) 목부위의 신경 및 척수의 손상(진단 또는 수술)
 - 1) 중증 손상 30%
 - 2) 중등도 손상 18%
 - 3) 경도의 손상 6%
3. 요추(허리뼈) 및 골반(장골, 절구, 치골)의 골절
 - (1) 수술을 행한 골절 40%
 - (2) 미추의 골절(진단 또는 수술) 10%
 - (3) 위 (1), (2) 이외의 골절 18%
4. 늑골(肋骨, 갈비뼈), 흉골(胸骨, 가슴뼈) 및 흉추골(胸椎骨, 등뼈)의 골절
 - (1) 늑골(갈비뼈)
 - 1) 수술을 행한 골절 10%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 5%
 - (2) 흉골(가슴뼈) 및 흉추골(등뼈)의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 18%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 12%
 - (3) 흉부(가슴)의 손상(진단 또는 수술)
 - 1) 흉부(가슴) 부분의 외상성 절단 30%
 - 2) 가슴으깬 12%
5. 대퇴골(大腿骨, 넓다리뼈)의 골절
 - (1) 대퇴골(大腿骨, 넓다리뼈)의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 30%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 18%
 - (2) 엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단(진단 또는 수술) 50%
6. 발목 및 무릎을 포함한 아래다리(경골(정강이뼈), 비골(종아리뼈))의 골절
 - (1) 수술을 행한 골절 24%
 - (2) 위 1) 이외의 골절 10%
7. 어깨(쇄골, 견갑골) 및 위팔(상완골)
 - (1) 어깨(쇄골, 견갑골) 및 위팔(상완골)의 골절

- 1) 수술을 행한 골절 24%
- 2) 위 1) 이외의 골절 10%
- (2) 어깨 및 위팔의 외상성 절단(진단 또는 수술) 40%
8. 팔꿈치 및 아래팔(요골, 척골)의 골절
 - (1) 수술을 행한 골절 18%
 - (2) 위 (1) 이외의 골절 6%
9. 손목 및 손의 골절
 - (1) 손목의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 18%
 - 2) 손 주상골의 골절(진단 또는 수술) 10%
 - 3) 위 1), 2) 이외의 골절 6%
 - (2) 중수골의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 12%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 6%
 - (3) 손가락의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 7%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 3%
10. 발의 골절
 - (1) 거골 및 종골(발꿈치 뼈)의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 18%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 6%
 - (2) 족골의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 12%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 6%
 - (3) 발가락의 골절
 - 1) 수술을 행한 골절 7%
 - 2) 위 1) 이외의 골절 3%
11. 상세불명 부위의 골절(진단 또는 수술)
 - 1) 중한 골절 30%
 - 2) 중등도 골절 12%
12. 병적 골절을 동반한 골다공증 3%

용 어 풀 이

1. 동일 부위

- (1) 신체의 동일부위라 함은 「신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표」의 1.부터 10.까지(세부하위 항목 제외)에서 정한 항목을 각각 동일부위라 한다. 다만, 좌우의 팔, 다리와 손, 발은 다른 부위로 보아 합산하여 지급합니다.
- (2) 위 (1)에도 불구하고 「신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표」 11. 「상세불명 부위의 골절(진단 또는 수술)」은 실제 골절치료부위에 따라 「신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표」 1.부터 10.까지 각각의 항목과 중복하여 지급하지 않습니다.

2. 머리의 손상

의료기관에서 영상검사(CT나 MRI 등) 등으로 「머리의 손상」(뇌진탕(S060)은 제외합니다) 진단을 받고 치료한 경우를 말합니다.

3. 특발성 골절

뼈의 질환 또는 자발적이거나 원인 불명에 의하여 일어나는 골절을 말합니다.

신골절(치아파절포함) 분류표

1. 약관에 규정하는 신골절(치아파절포함)로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (1) 두개골의 골절	S02.0~S02.1, S02.7~S02.9
(2) 하악골의 골절	S02.6
(3) 협골, 상악골, 비골의 골절	S02.2, S02.3, S02.4
(4) 머리의 손상	S06.1~S06.9, S07.0~S07.1, S07.8~S07.9, S09.9
(5) 치아의 파절	S02.5
2. 경추(목뼈)의 골절 (1) 경추(목뼈)의 골절	S12.0~S12.2, S12.7~S12.9
(2) 목부위의 신경 및 척수의 손상 1) 중증 손상	S14.1
2) 중등도 손상	S14.0, S14.2~S14.3, S14.6
3) 경도의 손상	S14.4~S14.5
3. 요추 및 골반(장골, 절구, 치골)의 골절 (1) 미추의 골절	S32.2
(2) (1) 이외의 골절	S32.0~S32.1,S 32.3~S32.5, S32.7~S32.8
4. 늑골, 흉골 및 흉추골의 골절 (1) 늑골	S22.3~S22.5, S22.8~S22.9
(2) 흉골 및 흉추골의 골절	S22.0~S22.2
(3) 흉부의 손상 1) 흉부 부분의 외상성 절단	S28.1

대 상 상 병	분류번호
2) 가슴으깁	S28.0
5. 대퇴골 (1) 대퇴골의 골절	S72.0~S72.4, S72.7~S72.9
(2) 엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78.0~S78.1, S78.9
6. 발목 및 무릎을 포함한 아래다리(경골, 비골)의 골절	S82.0~S82.9
7. 어깨(쇄골, 견갑골) 및 위팔(상완골) (1) 어깨(쇄골, 견갑골) 및 위팔(상완골)의 골절	S42.0~S42.4, S42.7~S42.9
(2) 어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48.0~S48.1, S48.9
8. 팔꿈치 및 아래팔(요골, 척골)의 골절	S52.0~S52.9
9. 손목 및 손의 골절 (1) 손목의 골절 1) 손 주상골의 골절	S62.0
2) 1) 이외의 골절	S62.1, S62.8
(2) 중수골의 골절	S62.2~S62.4
(3) 손가락의 골절	S62.5~S62.7
10. 발의 골절 (1) 거골 및 종골의 골절	S92.0~S92.1
(2) 족골의 골절	S92.2~S92.3, S92.7,S92.9
(3) 발가락의 골절	S92.4~S92.5
11. 상세불명 부위의 골절 1) 중한 골절	T02.0~T02.1, T02.4~T02.9
2) 중등도 골절	T02.2~T02.3, T08.0~T08.1, T10.0~T10.1, T12.0~T12.1, T14.2
12. 병적 골절을 동반한 골다공증	M80

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표31】

아나필락시스 분류표

1. 약관에 규정하는 아나필락시스로 분류되는 상병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대 상 상 병	분류번호
1.음식의 유해작용으로 인한 아나필락시스 쇼크	T78.0
2.상세불명의 아나필락시스쇼크	T78.2
3.혈청에 의한 아나필락시스쇼크	T80.5
4.적절히 투여된 올바른 약물 또는 약제의 유해작용에 의한 아나필락시스쇼크	T88.6

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표32】

심근병증 분류표

1. 약관에 규정하는 심근병증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표33】

32대질병 분류표

1. 약관에 규정하는 32대질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국 표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

[5대질병]

질병구분	대상질병	분류번호
심장질환	급성 류마티스열 만성 류마티스 심장 질환 허혈심장질환 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 기타 형태의 심장병 - 수막알균성 심근염(141.0*) - 수막알균성 심내막염(139.8*) - 수막알균성 심장막염(132.0*) - 수막알균성 심장염 NOS(152.0*) - 칸디다심내막염(139.8*)	100~102 105~109 120~125 126~128 130~152 A39.5† A39.5† A39.5† A39.5† B37.6†
뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	160~169
간질환	바이러스 간염 간의 질환 - 거대세포바이러스간염(K77.0*) - 톡소포자충간염(K77.0*)	B15~B19 K70~K77 B25.1† B58.1†
신부전	신부전	N17~N19
폐질환	폐기종 기타 만성 폐쇄성 폐질환 기관지확장증 하기도의 화농성 및 괴사성 병태 흉막의 기타 질환	J43 J44 J47 J85~J86 J90~J94

[9대질병]

질병구분	대상질병	분류번호
만성하부호 흡기질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염 상세불명의 만성 기관지염 천식 천식지속상태	J40 J41 J42 J45 J46
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
결핵	결핵 결핵의 후유증 - 결핵성 복막염(A18.30†) - 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3*) - 결핵관절염(A18.01†) - 척추의 결핵(A18.00†) - 뼈의 결핵(A18.02†) - 결핵성 방광염(A18.11†) - 자궁경부의 결핵감염(A18.17†) - 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†)	A15~A19 B90 K67.3* K93.0* M01.1* M49.0* M90.0* N33.0* N74.0* N74.1*
갑상선 질환	갑상선의 장애 - 갑상선이상성 안구돌출(E06.0†) 처치후 갑상선기능저하증 방사선조사후 갑상선기능저하증 수술후 갑상선기능저하증	E00~E07 E06.2* E89.0
동맥 경화증	죽상경화증	I70
대동맥류	대동맥동맥류 및 박리	I71
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴 폐렴연쇄알균에 의한 폐렴 인플루엔자균에 의한 폐렴 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴 달리 분류된 질환에서의 폐렴 상세불명 병원체의 폐렴 재향균인병 - 수도폐렴(J17.1*) - 폐렴이 합병된 흉역(J17.1*) - 거대세포바이러스폐렴(J17.1*) - 폐톡소포자충증(J17.3*)	J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 A48.1 B01.2† B05.2† B25.0† B58.3†
급성 체장염	급성 체장염	K85

질병구분	대상질병	분류번호
체장질환	체장의 기타 질환	K86
	달리 분류된 질환에서의 담낭,	K87
	담도 및 체장의 장애	B25.2+
	- 거대세포바이러스 체장염(K87.1*) - 볼거리체장염 (K87.1*)	B26.3+

[14대질환]

질병구분	대상질병	분류번호
소화 계통의 양성 신생물 (D13)	기타 및 부위불명 소화계통의 양 성신생물	D13
중아호흡 계통 및 흉곽의 양성 신생물	중이 및 호흡계통의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 흉곽내 기관 의 양성 신생물	D14 D15
비뇨기관 의 양성 신생물	비뇨기관의 양성신생물	D30
수막의 양성 신생물	수막의 양성 신생물	D32
뇌 및 중추신경 계통의 양성 신생물	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분 의 양성 신생물	D33
갑상선 및 내분비선 의 양성 신생물	갑상선의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D34 D35
사구체 질환	급성 신염증후군	N00
	급속 진행성 신염증후군	N01
	재발성 및 지속성 혈뇨	N02
	만성 신염증후군	N03
	신증후군	N04
	상세불명의 신염증후군	N05
	명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨	N06
	달리 분류되지 않은 유전성 신장 병증	N07
	달리 분류된 질환에서의 사구체장 애 (당뇨병에서의 사구체장애 제외)	N08 (N08.3 제외)

질병구분	대상질병	분류번호
신세뇨관- 간질 질환	급성 세뇨관-간질신장염	N10
	만성 세뇨관-간질신장염	N11
	급성 또는 만성으로 명시되지 않 은 세뇨관-간질신장염	N12
	폐색성 및 역류성 요로병증	N13
	약물 및 중금속 유발 세뇨관-간질 및 세뇨관 병태	N14
	기타 신세뇨관-간질질환	N15
	달리 분류된 질환에서의 신세뇨관 -간질장애	N16
신장 및 요관의 기타 장애	신세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장위축	N26
	원인불명의 작은 신장	N27
	달리 분류되지 않은 신장 및 요관 의 기타 장애	N28
	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애	N29
비뇨계통 의 기타질환	방광염	N30
	달리 분류되지 않은 방광의 신경 근육기능장애	N31
	방광의 기타 장애	N32
	달리 분류된 질환에서의 방광장애	N33
	달리 분류된 질환에서의 요도장애 - 칸디다 방광염 및 요도염(N37.0*)	N37
	비뇨계통의 기타 장애 (결핵성 방광염(A18.11†)제외)	B37.40+
	(스트레스요실금 제외)	N39 (N33.0 제외)
	(기타 명시된 요실금 제외)	(N39.3 제외) (N39.4 제외)
특정 장질환	장의 혈관장애	K55
	탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K56
	장의 게실병	K57
담석증	담석증	K80
담낭담도 질환	담낭염	K81
	담낭의 기타질환	K82
	담도의 기타질환	K83
안면 신경장애	삼차신경의 장애	G50
	안면신경장애	G51
	기타 뇌신경의 장애	G52

[4대질환]

질병구분	대상질병	분류번호
여성 생식기의 양성종양	자궁의 평활근종	D25
	자궁의 기타 양성 신생물	D26
	난소의 양성 신생물	D27
	기타 및 상세불명의 여성생식기 관의 양성 신생물	D28

질병구분	대상질병	분류번호
남성 생식기의 양성종양	남성생식기관의 양성 신생물	D29
관절염	감염성 관절병증 (결핵 관절염(A18.01†) 제외) 염증성 다발관절병증 - 류마티스페질환(M05.1+) 관절증 기타 관절장애	M00-M03 (M01.1제외) M05-M14 J99.0* M15-M19 M20-M25
생식기 질환	남성 생식기관의 질환 (남성 불임 제외) - 편모충성 전립선염(N51.0*) - 불거리고환염(N51.1*) 여성 골반내 기관의 염증성 질환 (자궁경부의 결핵감염(A18.17†) 제외) (여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†) 제외) 여성 생식관의 비염증성 장애 (습관적 유산자 제외) (여성불임 제외) (인공수정과 관련된 합병증 제외) 달리 분류되지 않은 비노생식계통의 처치후 장애	N40-N45, N47-N51 A59.08† B26.0† N70-N77 (N74.0 제외) (N74.1 제외) N80-N95 N99

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표34】

5대질환 분류표

1. 약관에 규정하는 5대질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

질병구분	대상질병	분류번호
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장 질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	- 수막알균성 심근염(I41.0*)	A39.5†
	- 수막알균성 심내막염(I39.8*)	A39.5†
	- 수막알균성 심장막염(I32.0*)	A39.5†
	- 수막알균성 심장염 N05(I52.0*)	A39.5†
	- 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6†
뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스간염(K77.0*)	B25.1†
신부전	신부전	N17~N19
	폐기종	J43
폐질환	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	기관지확장증	J47
	하기도의 화농성 및 과사성 병태	J85~J86
	흉막의 기타 질환	J90~J94

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표35】

요실금 분류표

1. 약관에 규정하는 요실금으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류번호
요실금	스트레스 요실금	N39.3
	기타 명시된 요실금	N39.4
	상세불명의 요실금	R32

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표36】

요실금수술 분류표

약관에 규정하는 요실금수술(급여)로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 진료행위 코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

수술 내용	진료행위 코드
요실금수술-개복에 의한 수술	R3562
요실금수술-질강을 통한 수술-자가근막을 이용한 경우(근막채취료 포함)	R3564
요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	R3565

골절 분류표 II

1. 약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대상상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 목의 골절	S12
4. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
5. 요추 및 골반의 골절	S32
6. 어깨 및 위팔의 골절	S42
7. 아래팔의 골절	S52
8. 손목 및 손부위의 골절	S62
9. 대퇴골의 골절	S72
10. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
11. 발목을 제외한 발의 골절	S92
12. 여러 신체 부위를 침범한 골절	T02
13. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
14. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
15. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
16. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

골,관절연골 양성종양 분류표

1. 약관에 규정하는 골,관절연골 양성종양으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
골 및 관절연골의 양성 신생물	D16

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표39】

대상포진대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 대상포진대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
대상포진	B02

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표40】

대상포진노병대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 대상포진노병대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
대상포진노병	B02.3

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표41】

통풍대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 통풍 대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
통풍	M10

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표42】

간경변증대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 간경변증대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
알코올성 간섬유증 및 간의 경화증	K70.2
알코올성 간경변증	K70.3
간의 섬유증 및 경변증을 동반한 독성간질환	K71.7
간의 섬유증 및 경변증	K74
간의 만성 수동울혈	K76.1

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표43】

1~7종 수술분류표

<보장대상 수술코드 및 수술종류>

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
1. 간 이식	간 이식	A010	7
2. 폐 이식	폐 이식	A020	7
3. 심장 이식	심장 이식	A030	7
4. 췌장 이식	췌장 이식	A040	7
5. 소장 이식	소장 이식	A050	7
6. 조혈모세포 이식	조혈모세포 이식, 동종이식	A061	7
	조혈모세포 이식, 자가이식	A062	7
7. 신장 이식	신장 이식	A070	7
8. 체외순환막형 산화요법(ECMO), 개심술미동반	체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080	5
9. 기관절개술	기관절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기장기사용	A091	1
	기관절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기단기사용	A092	1
	기관절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기미사용	A093	1
	기관절개술(안면, 구강, 경부 장애제외), 인공호흡기장기사용	A094	1
	기관절개술(안면, 구강, 경부 장애제외), 인공호흡기단기사용	A095	1
	기관절개술(안면, 구강, 경부 장애제외), 인공호흡기미사용	A096	1
10. 사지 이식	사지 이식	A100	7
11. 뇌동맥류수술	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011	7
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012	7
	복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013	7
	단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014	7
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015	5
	뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016	5
	뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017	7
	뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 미동반)	B018	5

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
12. 뇌혈관수술	두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021	7
	두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022	7
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B023	5
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B024	5
	경피적 뇌혈관 수술(협착·폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025	5
	경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026	5
	경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027	5
13. 혈종제거술 및 기타 개두술(외상제외)	혈종제거술(외상 제외)	B031	7
	두개내 감압술(외상 제외)	B032	7
	두개골 성형술(외상 제외)	B033	7
14. 두개외 혈관수술	두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041	4
	두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042	4
	경피적 두개외 혈관수술	B043	4
15. 뇌기저부 수술	뇌기저부 수술	B050	7
16. 뇌종양 절제술	복잡 천막상부 종양절제술	B061	7
	단순 천막상부 종양절제술	B062	7
	복잡 천막하부 종양절제술	B063	7
	단순 천막하부 종양절제술	B064	7
	경피적 뇌신경계 종양 수술	B065	5
	경비적 뇌하수체 종양절제술	B066	7
17. 신경계 신경자극기 설치술	신경계 신경자극기 설치술	B070	6
18. 뇌전증 수술	뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081	6
	뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082	6
19. 정위수술	중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091	5
	중추신경계 정위수술(두개내 출혈)	B092	5
	뇌정위 방사선 수술(두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093	5
	뇌정위 방사선 수술(양성 뇌종양)	B094	5
	뇌정위 방사선 수술(기타)	B095	5
	중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096	5
	방사선 수술		
	뇌신경 수술	B100	5
20. 뇌신경 수술	뇌신경 수술		
21. 뇌척수액 우회로조성술	뇌척수액 우회로조성술	B110	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
22. 외상 개두술	혈중제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121	6
	혈중제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122	6
	혈중제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123	6
	두개내 감압술(외상 관련)	B124	7
	두개골 성형술(외상 관련)	B125	7
23. 기타 개두술	기타 개두술	B130	6
24. 천두술	천두술(경막하 또는 경막외)	B141	4
	천두술(뇌내)	B142	4
	천두술(기타)	B143	4
25. 척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	B151	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153	5
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154	5
	척추강내 병소절제술(척추고정술 미동반)	B155	5
26. 척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	B161	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162	5
	성인기 척추변형 척추고정술(척수병증 미동반)	B163	5
	성인기 척추변형 척추고정술(척수병증 동반)	B164	5
27. 기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 미동반)	B171	4
	척추고정술(척수병증 동반)	B172	4
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173	2
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174	2
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175	1
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176	1
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B177	1
28. 척추 중재시술	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181	1
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182	1
29. 신경조절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	척추신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191	3
	척추신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192	1
30. 기타 신경계수술	주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201	1
	기타 말초 및 뇌 신경수술	B202	1
	수근관 이완술	B203	1
	기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204	1
	기타 신경계 수술	B205	1
31. 복잡 척추수술	복잡 척추고정술	B211	4
	복잡 척추후궁절제술	B212	2

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
32. 안부 관통상 수술	복잡 안부 관통상 수술	0011	1
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	0012	1
	전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	0013	1
	후안부 관통상 수술	0014	1
33. 안와 수술	복잡 안와 수술, 한쪽	0021	2
	복잡 안와 수술, 양쪽	0022	2
	단순 안와 수술	0023	2
34. 안구 수술 (종양 수술 포함)	안구 수술(종양 수술 포함)	0030	2
35. 망막 및 유리체 수술	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	0043	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	0044	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	0045	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	0046	2
	망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	0047	2
36. 안구 표면재건술	주요 각막이식수술	0051	2
	기타 각막이식수술	0052	2
	공막 및 각막윤부이식수술	0053	2
37. 수정체 소절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	0061	1
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	0062	1
	주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	0063	1
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	0064	1
	기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	0065	1
38. 수정체 대절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	0071	1
	기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	0072	1
	수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	0073	1
39. 후발성 백내장 수술	후발성 백내장 수술	0080	1
40. 녹내장 수술	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	0091	2
	복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	0092	2
	단순 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	0093	2
	단순 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	0094	2

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
41. 기타 안구내 수술	기타 주요 안구내 수술	C101	1
	기타 단순 안구내 수술	C102	1
42. 사시 수술	복잡 사시 수술	C111	1
	단순 사시 수술	C112	1
43. 안경 수술	복잡 안경 수술, 제1형	C121	1
	복잡 안경 수술, 제2형	C122	1
	복잡 안경 수술, 제3형	C123	1
	주요 안경 수술, 제1형	C124	1
	주요 안경 수술, 제2형	C125	1
	주요 안경 수술, 제3형	C126	1
	기타 안경 수술	C127	1
44. 눈물길 수술	복잡 눈물길 수술	C131	1
	주요 눈물길 수술, 한쪽	C132	1
	주요 눈물길 수술, 양쪽	C133	1
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135	1
	기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136	1
45. 결막 수술	결막낭 재건술	C141	1
	복잡 결막 수술	C142	1
	단순 결막 수술	C143	1
46. 기타 안구외 수술	기타 안구외 수술	C150	1
47. 내이 수술	귀 이식술	D011	5
	주요 내이 수술	D012	3
	단순 내이 수술	D013	2
48. 중이 및 유양돌기 수술	고실유양돌기 수술	D021	2
	유양돌기 수술	D022	2
	고실 수술	D023	2
	이소골 재건술	D024	2
	등골 수술	D025	2
	환기관삽입 고막절개술	D026	2
49. 외이 및 귀 수술	주요 외이 및 귀 수술	D031	1
	단순 외이 및 귀 수술	D032	1
50. 귀 및 코의 악성종양 수술	귀 및 두개저 악성종양 수술	D041	6
	비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042	6
51. 부비동개방 수술	부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051	1
	부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052	1
	부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053	1
	부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054	1
52. 내시경을 이용한 부비동 수술	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065	1
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067	1
	복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
53. 코 수술	주요 코 수술	D081	1
	비중격 및 비갑개수술	D082	1
	단순 코 수술	D083	1
54. 구강 및 타액선 악성종양 수술	구강 및 타액선 악성종양 수술	D090	6
55. 후두 및 인두 악성종양 수술	주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체포함)	D101	6
	단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102	6
56. 경부림프절 절제술	경부림프절절제술, 한쪽	D111	4
	경부림프절절제술, 양쪽	D112	4
57. 안면골 수술	악관절 수술	D121	2
	주요 안면골 수술	D122	2
	단순 안면골 수술	D123	2
58. 두경부 재건술	두경부 재건술	D130	2
59. 타액선 수술	이하선수술	D141	2
	악하선 및 설하선 수술	D142	2
	기타 타액선 수술	D143	1
60. 경부 수술	타석제거술	D144	1
	경부 수술	D150	1
61. 편도 및 아데노이드 수술	주요 편도 및 아데노이드 수술	D161	1
	단순 편도 및 아데노이드 수술	D162	1
62. 구강, 인후두 수술	주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171	1
	단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172	1
63. 기타 이비인후, 구강 질환 수술	기타 이비인후, 구강 질환 수술	D200	1
64. 주요 흉부 수술	기관 및 기관지 수술	E011	6
	주요 폐 수술(악성종양의 경우)	E012	6
	주요 폐 수술(악성종양 제외)	E013	6
	기타 폐 수술	E014	6
	중격동 수술	E015	6
	주요 흉곽 수술	E016	6
	기타 흉곽 수술	E017	3
	흉강경을 이용한 주요 수술	E018	6
	흉강경을 이용한 기타 수술	E019	6
65. 기관지경 및 방사선하 수술	기관지경 및 방사선하 수술	E020	2
66. 기타 호흡기계 수술	수면무호흡증후군 수술	E032	1
	호흡기계 기타 단순 수술	E033	1
	기타 호흡기계 수술	E034	1
67. 폐농양 배액술	폐농양 배액술	E520	1
68. 흉막삼출 배액술	흉막삼출 배액술	E530	1
69. 자동체내제 세동기 시술	자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	F011	5
	자동체내제세동기 교정술	F012	5

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
70. 심장판막 수술 (심도자술 사용)	대동맥판 수술(심도자술 사용)	F021	7
	승모판 혹은 삼첨판 수술(심도자술 사용)	F022	7
	폐동맥판 수술(심도자술 사용)	F023	7
71. 심장판막 수술 (심도자술 미사용)	대동맥판 수술(심도자술 미사용)	F031	7
	승모판 혹은 삼첨판 수술(심도자술 미사용)	F032	7
	폐동맥판 수술(심도자술 미사용)	F033	7
72. 관상동맥 우회로 조성술	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043	7
	관상동맥 우회로 조성술(심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044	7
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 사용)	F053	6
73. 기타 심흉부수술	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054	5
74. 주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F061	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 사용)	F062	7
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 사용)	F063	7
75. 주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 미사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F071	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술(인공심장폐장치 미사용)	F072	7
	기타 주요 혈관복구 수술(인공심장폐장치 미사용)	F073	6
76. 대동맥 경피적 수술	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081	4
	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082	4
	흉부대동맥류 경피적 수술	F083	4
	대동맥박리 경피적 수술	F084	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
77. 정맥 및 대정맥 경피적 수술	심부정맥혈전증 경피적 수술	F091	4
	대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092	4
78. 경도관 심장결손 폐쇄술	경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101	4
	경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102	4
	기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103	4
79. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112	4
80. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반)	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122	4
81. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136	4
82. 부정맥의 경피적 수술 (3차원 지도화 기능 포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F141	4
	심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F142	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F143	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
83. 부정맥의 경피적 수술 (3차원 지도화 기능 미포함)	심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F151	4
	심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F152	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F153	4
84. 경피적 풍선판막성형술	경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161	4
	경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162	4
85. 혈관 기형의 경피적 수술	동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181	4
	관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182	4
86. 말초동맥의 경피적 수술	말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192	4
	말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193	4
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술(여러 개)	F194	4
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술(한 개)	F195	4
87. 기타 경피적 심혈관 수술	기타 경피적 심혈관 수술	F200	4
88. 체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	영구적 심박조율기 설치술	F211	5
	영구적 심박조율기 교환술	F212	5
	심박조율기 제거 및 전환술	F213	1
89. 기타 혈관 복구 수술	기타 혈관 복구 수술	F220	2
90. 순환장애 절단술 (수축부 제외)	순환 장애 절단술(수축부 제외)	F230	6
91. 순환장애 수축부 절단술	순환 장애 수축부 절단술	F240	3
92. 정맥 결찰 및 스트리핑	정맥류 국소 절제술	F252	1
	정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253	1
	정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254	1
93. 기타 순환기계 수술	기타 순환기계 수술	F260	1
94. 식도 수술	식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011	6
	기타 주요 식도 수술	G012	5
	기타 단순 식도 수술	G013	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
95. 직장절제술 (림프절절제 동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021	6
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022	6
96. 직장절제술 (림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031	6
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032	6
97. 경항문 및 경천골 접근 직장절제술	경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041	6
	경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042	6
98. 주요 십이지장 수술	주요 십이지장 수술	G050	6
99. 식도 정맥류 수술	식도 정맥류 수술	G060	5
100. 위전절제술	복강경을 이용한 위전절제술	G071	6
	개복에 의한 위전절제술	G072	6
101. 위아전절제술	복강경을 이용한 위아전절제술	G081	6
	개복에 의한 위아전절제술	G082	6
102. 기타 위절제술	복강경을 이용한 기타 위절제술	G091	5
	개복에 의한 기타 위절제술	G092	5
	복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093	5
	개복에 의한 기타 설상절제술	G094	5
103. 소화성 궤양 수술	복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101	4
	개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102	4
104. 기타 위 및 식도 수술	복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111	4
	개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112	4
105. 결장 및 직장전 절제술	복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121	6
	개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122	6
106. 결장절제술 (림프절절제 동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131	6
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132	6
107. 결장절제술 (림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141	5
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142	5

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
108. 기타 대장 수술	복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151	4
	개복에 의한 기타 대장 수술	G152	4
109. 소장 및 장간막 수술	복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171	5
	개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172	5
	장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173	3
110. 장루 수술	장루 수술	G180	3
111. 횡격막 탈장 수술	횡격막 탈장 수술	G190	4
112. 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G202	1
	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204	1
113. 충수절제술	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211	3
	복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212	3
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213	3
	개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214	3
114. 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221	1
	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224	1
115. 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230	1
116. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241	1
	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
117. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 한쪽)	G251	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 양쪽)	G252	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253	1
118. 복수 항문 수술	복수 항문 수술	G260	1
119. 치핵 수술	주요 치핵 수술	G271	1
	단순 치핵 수술	G272	1
120. 항문 주위 농양 수술	주요 항문 주위 농양 수술	G281	1
	단순 항문 주위 농양 수술	G282	1
121. 치루 수술	주요 치루 수술	G291	1
	단순 치루 수술	G292	1
122. 치열 수술 및 항문협착증 수술	치열 수술 및 항문협착증 수술	G300	1
123. 경항문 및 질접근 수술	직장 질루 수술	G311	1
	직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312	1
124. 화농성한선염 수술	화농성한선염 수술	G320	1
125. 기타 소화기계 수술	기타 소화기계 수술	G332	1
	소화기계 질환의 혈관색전술	G340	3
127. 위내시경 시술	위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503	1
	위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504	1
	위내시경 시술, 당일퇴원	G505	1
128. 결장경 시술	결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523	1
	결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524	1
	결장경 시술, 당일퇴원	G525	1
	구불결장경 시술	G531	1
129. 구불결장경 시술	구불결장경 시술, 당일퇴원	G532	1
130. 소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	G540	1
131. 소장내시경 시술	소장내시경 시술	G550	1
132. 소화관 협착을 위한 방사선하 시술	소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560	2

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
133. 소화기계 질환의 경피적 배액술	소화기계 질환의 경피적 배액술	G570	2
134. 간담도췌장 복합수술	간담도췌장 복합수술	H010	6
135. 간담도 복합수술	주요 간담도 복합수술	H021	6
	기타 간담도 복합수술	H022	5
136. 담도췌장 복합수술	담도췌장 복합수술	H030	6
137. 간 절제술	복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041	6
	개복에 의한 주요 간 절제술	H042	6
	복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043	5
	개복에 의한 기타 간 절제술	H044	5
	복강경을 이용한 간 수술	H051	4
138. 간 수술	개복에 의한 간 수술	H052	4
139. 간담도계 질환 치료를 위한 단락술	간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060	4
140. 담도 절제술 (림프절 절제 동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071	6
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072	6
141. 담도 절제술 (림프절 절제 미동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081	5
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082	5
142. 주요 담도 수술	복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091	5
	개복에 의한 주요 담도 수술	H092	5

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
143. 담낭절제술	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105	4
	개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108	4
	복강경을 이용한 췌장절제술	H111	6
	개복에 의한 췌장절제술	H112	6
144. 췌장절제술	복강경을 이용한 췌장 수술	H121	4
	개복에 의한 췌장 수술	H122	4
145. 췌장 수술	역행성담췌관내시경 시술	H142	3
	담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143	1
146. 기타 간담도 및 췌장 시술	기타 간담도 및 췌장 수술	H144	3
	경피적 담관경 시술	H145	3
	경피적 담관 시술	H146	3
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152	3
147. 간담도 및 췌장의 경피적 시술	담도협착을 위한 경피적 시술	H154	3
	담석제거를 위한 경피적 시술	H155	3
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156	5
	경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157	5
	출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500	1
148. 출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500	1
149. 간암의 경피적 치료술	간암의 경피적 치료술	H510	5
150. 간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520	3

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
151. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	1011	4
	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	1012	3
152. 고관절 재치환술 및 치환술	고관절 전재치환술	1021	4
	고관절 전치환술	1022	4
	고관절 부분치환술	1023	4
153. 슬관절 재치환술 및 치환술	슬관절 전재치환술	1031	3
	슬관절 전치환술	1032	3
	슬관절 부분치환술	1033	3
154. 기타 관절 재치환술 및 치환술	기타 관절 전재치환술	1041	2
	기타 관절 전치환술	1042	2
	기타 관절 부분치환술	1043	2
	인공관절삽입술 제거술	1044	2
155. 혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	1050	4
156. 척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	1061	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	1062	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	1063	5
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	1064	5
157. 척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	1071	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	1072	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	1073	5
	척추고정술(척수병증 동반)	1081	4
158. 기타 척추 수술	척추고정술(척수병증 미동반)	1082	4
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	1083	2
	척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	1084	2
	기타 척추 수술(척수병증 동반)	1085	1
	기타 척추 수술(척수병증 미동반)	1086	1
	척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	1091	1
	척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	1092	1
160. 신경조절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	척추신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	1101	3
	척추신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	1102	1
161. 절단술	주요 절단술	1111	6
	기타 절단술	1112	3

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
162. 골종양의 절제술	골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	1121	6
	골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	1122	6
	골악성종양의 광범위 절제술(기타)	1123	6
	골양성종양의 소파술 또는 절제술	1124	2
163. 골수염 및 농양 수술	골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	1131	2
	골수염 및 농양 수술(기타)	1132	1
	근농양 배농술	1133	1
164. 고관절 및 대퇴부 수술	양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	1141	3
	한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	1142	2
165. 상완골, 경골 및 비골 수술	상완골, 경골 및 비골 수술	1160	2
166. 단단성형술	단단성형술(수족지 제외)	1171	2
	단단성형술(수족지)	1172	2
167. 건부 수술	회전근개 수술	1181	1
	관절외측 수술	1182	1
	복수 건단 건부 수술	1183	1
	기타 건부 수술	1184	1
	심자인대 수술	1191	1
168. 슬부 수술	반달연골 수술, 양쪽	1192	1
	반달연골 수술, 한쪽	1193	1
	기타 슬관절 수술	1194	1
169. 주관절 및 전완부 수술	주관절 및 전완부 수술	1200	1
170. 족부 및 족관절 수술	족부 및 족관절 힘줄인대 수술	1211	1
	족관절 골연골 병변 수술	1212	1
	기타 족부 및 족관절 수술	1213	1
171. 체내고정장치 제거술	체내고정장치 제거술	1220	1
172. 완관절 및 수부 수술	주요 완관절 및 수부 수술	1251	1
	단순 완관절 및 수부 수술	1252	1
173. 미세혈관 조직이식 또는 피부이식	미세혈관 조직이식	1261	3
	기타 피부관절	1262	2
174. 연조직 수술	피부 및 지방 이식술	1263	2
	복잡한 연조직 수술	1271	1
	주요 연조직 수술	1272	1
	단순 연조직 수술	1273	1
175. 기타 골절 수술	골반 및 비구 골절 수술	1281	3
	대퇴부 골절 수술	1282	3
	슬관절 및 하퇴골 골절 수술	1283	3
	족관절 및 족부 골절 수술	1284	2
	견부 및 상완골 골절 수술	1285	3
	전완부 골절 수술	1286	2
	수부 골절 수술	1287	1
176. 기타 결합조직 수술	기타 결합조직 수술	1290	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
177.복잡 인공관절치환술	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301	4
	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 측관절)	I303	2
	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 측관절)	I305	2
	복잡 인공관절부분치환술	I306	3
178.복잡 척추수술	복잡 척추고정술	I311	4
	복잡 척추후궁절제술	I312	2
179.복잡 관절 수술	복잡 사지골절정복술	I321	2
	복잡 관절고정술	I322	2
	복잡 사지관절절제술	I323	1
	복잡 가관절수술	I324	2
	복잡 반월판연골절제술	I325	1
180.복잡 근골격계 염증성 질환 수술	복잡 화농성관절염절개술	I331	1
	복잡 골수염 및 농양수술	I332	1
181.근골격계 질환의 경피적 배액술	근골격계 질환의 경피적 배액술	I500	1
182.피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010	3
183.피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피 부계양, 봉소염의 경우)	피판술(피부계양, 봉소염의 경우)	J021	2
	피부 이식술(피부계양, 봉소염의 경우)	J022	2
184.피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피 부계양, 봉소염 제외)	피판술(피부계양, 봉소염제외)	J031	2
	피부 이식술(피부계양, 봉소염 제외)	J032	2
185.기타 피부, 피하조직수술	피부 및 연조직 악성종양 절제술	J041	4
	피부 및 연조직 수술	J042	1
	기타 피부, 피하조직수술	J043	1
186.유방재건술	자가조직을 이용한 유방재건술	J051	3
	보형물을 이용한 유방재건술	J052	3
187.주요 유방 수술	근치 유방절제술	J061	6
	유방절제술(악성종양의 경우)	J062	6
	유방절제술(악성종양 제외)	J063	2
188.단순 유방 수술	진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071	1
	절개에 의한 단순 유방 수술	J072	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
189.액와 수술	액와 수술(악성종양의 경우)	J081	4
	액와 수술(악성종양 제외)	J082	1
190.기타 유방 및 액와 수술	기타 유방 및 액와 수술	J090	1
191.항문 주위 및 모소 수술	항문 주위 및 모소 수술	J100	1
	교감신경절제술	J110	2
192.내분비, 영양 및 대사장애 절단술	내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011	6
	내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012	3
193.뇌하수체 수술	천막상부 종양 절제술	K021	7
	복잡 경비적 뇌하수체 종양 절제술	K023	7
	단순 경비적 뇌하수체 종양 절제술	K024	7
194.부신 수술	복강경을 이용한 부신 수술	K031	4
	개복에 의한 부신 수술	K032	4
195.내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	내분비, 영양 및 대사장애 유린 피판술	K041	2
	내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042	2
	내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043	2
196.부갑상선 수술	내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051	2
	절개에 의한 부갑상선 수술	K052	2
197.주요 갑상선 악성 종양 수술	주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063	4
	주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064	4
198.주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075	2
	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076	2
199.기타 갑상선 수술	기타 갑상선 수술	K080	1
200.기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	복강경을 이용한 비만대사수술	K091	1
	개복에 의한 비만대사수술	K092	1
	기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490	1
201.복막투석 도관 삽입술	복막투석 도관 삽입술	L010	2
202.신장 및 비뇨기계 신생물 수술	주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021	6
	기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022	6
	주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023	6
	기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024	5
	경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025	4
	전립선 신생물 수술	L026	4
	복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027	6

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
203. 신장 및 신우 수술	복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031	4
	개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032	4
	경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033	3
	경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034	3
204. 요관 수술	요관 수술	L040	2
205. 방광 수술	개복에 의한 방광 수술	L051	4
	경피적 방광 수술	L052	2
	경요도 방광 수술	L053	1
206. 전립선 수술	전립선 수술	L060	2
207. 요도 수술	주요 요도 수술	L071	1
	요도경하 요도 수술	L072	1
	기타 요도 수술	L073	1
	복잡 요실금 수술	L074	1
	단순 요실금 수술	L075	1
208. 요로 결석 수술	복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081	4
	신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082	4
	경요도적 요관 결석 수술	L083	2
	방광 및 요도 결석 수술	L084	4
	연성내시경하 수술	L085	2
209. 요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091	1
	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092	1
210. 신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101	3
	신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102	1
211. 요로 질환 수술	경요도 요로 질환 수술	L111	1
	외상 및 감염성 요로 질환수술	L112	1
212. 기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120	2
213. 기타 신장 및 비뇨기계 시술	혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133	2
	기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134	1
214. 방광요도경 시술	방광요도경 시술	L510	1
215. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520	1
216. 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530	1
217. 남성 골반 수술	남성 골반 수술	M010	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
218. 전립선 적출술	주요 전립선 적출술	M021	4
	기타 전립선 적출술	M022	3
219. 기타 전립선 수술	기타 전립선 수술	M030	1
220. 음경 수술	복잡 음경 수술	M041	1
	단순 음경 수술	M042	1
	페이로니 병 수술	M043	1
221. 포경수술	포경수술	M050	1
222. 요도 수술	주요 요도 수술	M061	1
	단순 요도 수술	M062	1
223. 음낭 수술	복잡 음낭 수술	M071	1
	단순 음낭 수술	M072	1
224. 고환 수술	복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081	4
	개복에 의한 복잡 고환 수술	M082	4
	단순 고환 수술	M083	1
225. 기타 고환 수술 및 생식기 적출술	복강경을 이용한 정계정맥류	M091	4
	개복에 의한 정계정맥류	M092	4
	고환 및 생식기 적출술	M093	6
226. 기타 남성생식기계 시술	기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101	4
	기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102	1
227. 방광요도경 시술	방광요도경 시술	M500	1
228. 자궁 수술 (악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011	6
	개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012	6
229. 주요 자궁절제술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021	2
	개복에 의한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N022	2
230. 단순 자궁 수술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031	2
	개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032	2
231. 난소 및 부속기 수술 (악성종양의 경우)	복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041	6
	개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042	6
232. 난소 수술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051	2
	개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052	2
233. 부속기 수술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061	2
	개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062	2
234. 자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071	5
	개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072	5

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
235. 자궁경부, 질 및 외음부 수술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081	1
	자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082	1
236. 기타 골반 수술	복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091	1
	개복에 의한 기타 골반 수술	N092	1
237. 주요 여성생식기계 복원술	복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101	1
	개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102	1
238. 기타 여성생식기계 복원술	기타 여성생식기계 복원술	N110	1
239. 복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 수술	N121	1
240. 자궁경 수술	자궁경 수술	N130	1
241. 자궁소파술	치료적 자궁소파술	N141	1
242. 기타 여성생식기계 수술	복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161	1
	개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162	1
	여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180	2
244. 제왕절개분 만(단태아)	일반 제왕절개분만(단태아)	0011	1
	고위험 제왕절개분만(단태아)	0012	1
	질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	0013	1
245. 제왕절개분 만(다태아)	질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	0022	1
	일반 제왕절개분만(다태아)	0023	1
	고위험 제왕절개분만(다태아)	0024	1
246. 자궁외 임신 주요 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	0081	4
	개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	0082	4
247. 자궁외 임신 기타 수술	복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	0091	4
	개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	0092	4
248. 자궁경관봉 축술	치료적 자궁경관봉축술	0102	1
249. 분만 및 유산 후 관련장애 (수술 시행)	분만 및 유산후 관련 장애(수술 시행)	0110	1
250. 자궁소파술 및 흡인소파술	자궁소파술 및 흡인소파술	0120	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
251. 분만 및 유산 관련 자궁적출술	분만 및 유산 관련 자궁적출술	0130	2
252. 비장 절제술	성인의복강경을이용한비장 절제술	Q012	4
	성인의개복에의한비장절제 술	Q013	4
253. 림프종 및 백혈병 (주요 수술 시행)	림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010	4
254. 기타 신생물 질환 (주요 수술 시행)	기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020	4
255. 다발성 중요 외상 치료 목적의 개두술	다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010	7
256. 다발성 중요 외상 치료 목적의 근골격계 주요 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020	5
257. 다발성 중요 외상 치료 목적의 복부 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030	5
258. 다발성 중요 외상 치료 목적의 기타 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040	4
259. 하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011	3
	하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012	2
260. 수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021	3
	수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022	2
261. 기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030	3
262. 하지 손상의 기타 수술	하지 손상의 골 및 관절 수술	X041	2
	하지 손상의 기타 수술	X042	1
263. 수부 손상의 기타 수술	수부 손상의 골 및 관절 수술	X051	2
	수부 손상의 기타 수술	X052	1
264. 기타 손상의 수술	기타 손상의 수술	X060	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
265. 중증 화상 (피부 이식 동반)	중증 화상(피부 이식 동반)	Y010	5
266. 중등도 화상 (피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020	2

주1) 상기의 「수술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 「진단명기준환자군(Diagnosis Related Group, DRG)」분류체계 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

주2) 이 특별약관은 「진단명기준환자군(DRG)」에서 분류된 「ADRG」중 다음의 「ADRG」는 보장하지 않습니다.

- ① 「ADRG」에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60” ~ “99”에 해당하는 경우 (예시) 「ADRG」가 “B601”의 경우 첫번째 자리 [알파벳(B)]을 제외하고 2,3 번째 자리에 해당하는 숫자가 “60”이므로 이 보장하지 않습니다.

- ② 「진단명기준환자군(DRG)」에서 규정한 “Error DRG” 및 “960 DRG”

- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ “Error DRG”이라 함은 “주진단 범주(MDC)”와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

【예시】

거미막하출혈로 진단받고 경파적심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

- “960 DRG”이라 함은 “Error DRG”는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다. 다만, 통원일 또는 퇴원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 「수술코드」는 보장합니다.

- ③ <보장대상 수술코드 및 수술종류>에서 정한 수술에 해당하지 않는 사항

※ 이 특별약관에서 수술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전4.4(2021.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-72호, 2021.3.4.)에서 정의된 수가코드 및 제8차 한국표준질병·사인분류(KOD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG 코드 및 수가코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG 코드 및 수가코드, 분류번호에 준하여 수술코드 및 ADRG를 결정합니다.

【별표44】

기관(organ)분류표

1. 약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

구분	기관(organ)	분류번호
입술 구강 및 인두	1. 입술의 악성 신생물	C00
	2. 혀바닥의 악성 신생물, 혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C01,C02
	3. 잇몸의 악성 신생물	C03
	4. 입바닥의 악성 신생물	C04
	5. 구개의 악성 신생물	C05
	6. 입의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물, 입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C06,C14
	7. 귀밑샘의 악성 신생물	C07
	8. 기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물	C08
	9. 편도의 악성 신생물	C09
	10. 입인두의 악성신생물, 비인두의 악성신생물, 이상동(梨狀洞)의 악성신생물, 하인두의 악성신생물	C10,C11, C12,C13
소화 기관	11. 식도의 악성 신생물	C15
	12. 위의 악성 신생물	C16
	13. 소장 of 악성 신생물	C17
	14. 결장의 악성 신생물, 직장구불결장접합부의 악성 신생물, 직장의 악성신생물, 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C18,C19, C20,C26 (C26.1제외)
	15. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	16. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	17. 담낭의 악성 신생물	C23
	18. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	19. 췌장의 악성 신생물	C25

구분	기관(organ)	분류번호
호흡기 및 흉곽내 기관	20. 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	21. 부비동의 악성 신생물	C31
	22. 후두의 악성 신생물	C32
	23. 기관의 악성 신생물	C33
	24. 기관지 및 폐의 악성 신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C34,C39
	25. 흉선의 악성 신생물	C37
골 및 관절 연골	26. 심장, 종격 및 흉막의 악성 신 생물	C38
	27. 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물, 기타 및 상세불명 부 위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40,C41
흑색종 및 기타피부	28. 피부의 악성 흑색종, 기타 피 부의 악성 신생물	C43,C44
종피성 및 연조직	29. 종피종, 말초신경 및 자율신경 계통의 악성 신생물, 후복막 및 복막의 악성 신생물, 기타 결합조직 및 연조직의 악성 신 생물	C45,C47, C48,C49
유방	30. 유방의 악성 신생물	C50
여성 생식 기관	31. 외음의 악성 신생물	C51
	32. 질의 악성 신생물	C52
	33. 자궁경부의 악성 신생물, 자궁 체부의 악성 신생물, 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물, 기타 및 상세불명의 여성생식 기관의 악성 신생물	C53,C54, C55,C57
	34. 난소의 악성 신생물	C56
	35. 태반의 악성 신생물	C58
남성 생식 기관	36. 음경의 악성 신생물	C60
	37. 전립선의 악성 신생물, 기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C61,C63
	38. 고환의 악성 신생물	C62
요로	39. 신우를 제외한 신장의 악성 신 생물, 신우의 악성신생물, 기 타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C64,C65, C68
	40. 요관의 악성 신생물	C66
	41. 방광의 악성 신생물	C67
눈,뇌 및 중추 신경계통 의 기타부분	42. 눈 및 부속기의 악성 신생물	C69
	43. 수막의 악성 신생물	C70
	44. 뇌의 악성 신생물	C71
	45. 척수, 뇌신경 및 중추신경 계 통의 기타 부분의 악성신생물	C72

구분	기관(organ)	분류번호
갑상선 및 기타 내분비선	46. 갑상선의 악성 신생물	C73
	47. 부신의 악성 신생물	C74
	48. 기타 내분비선 및 관련구조 물의 악성 신생물	C75
비장 및 골수를 포함한 혈액 및 림프계	49. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물, 비장의 악성신 생물, 진성 적혈구증가증, 골수형성이상증후군, 만성골 수증식질환, 본태성(출혈성) 혈소판혈증, 골수섬유증, 만 성 호산구성 백혈병[과호산 구증후군]	C81-C96, C26.1, D45,D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5

- 주1) 위의 분류번호 예시에 해당되지 않는 암의 경우 (C46, C76-C80, C97, U99), 회사는 암으로 진단확정된 '기관(organ)'을 병원 기록 또는 조직병리학적 검사결과를 통해 '기관(organ)' 분류표'에 있는 각 '기관(organ)'으로 분류합니다.
- 주2) 인체내에 두개 이상 존재하는 기관인 경우, 제8차 개정 한국표준질병 사인분류에서 같은 이름으로 명명되고 있는 기관(organ)(예: 좌측 및 우측 유방, 신장, 고환, 폐, 요관, 난소, 부신, 눈, 부갑상선 등)은 같은 '기관(organ)'으로 분류합니다.
- 주3) 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당 여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
- 주4) 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표45】

상해사고분류표

1. 약관에 규정하는 상해로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대 상 상 병	분류번호
1.머리의손상	S00-S09
2.목의손상	S10-S19
3.흉부의손상	S20-S29
4.복부,아래등,요추및골반의손상	S30-S39
5.어깨및위팔의손상	S40-S49
6.팔꿈치및아래팔의손상	S50-S59
7.손목및손의손상	S60-S69
8.고관절및대퇴의손상	S70-S79
9.무릎및아래다리의손상	S80-S89
10.발목및발의손상	S90-S99
11.여러신체부위를침범한손상	T00-T07
12.몸통,사지또는신체부위의상세불명부분의 손상	T08-T14
13.화상및부식	T20-T32
14.동상	T33-T35

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표46】

상해사고부상등급표

1. 상해사고부상등급

1) 약관에 규정하는 상해사고부상등급은 상해사고부상점수가 다음과 같은 경우를 말합니다.

상해사고부상등급	상해사고부상점수
1등급	50 ~ 75점
2등급	25 ~ 49점
3등급	20 ~ 24점
4등급	16 ~ 19점
5등급	12 ~ 15점

2) 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 규정한 상해사고부상등급이 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 정한 상해사고부상등급을 다시 판단하지 않습니다.

2. 상해사고부상점수

1) 하나의 사고로 진단확정된 주·부상병에 대하여 「2」 분류번호별 중증도점수」에 따라 부여된 중증도점수 중 높은 점수의 순서대로, 상위 3개의 점수를 더한 값을 상해사고부상점수라 합니다.

$$\text{상해사고부상점수} = (\text{첫 번째로 높은 중증도점수}) + (\text{두 번째로 높은 중증도점수}) + (\text{세 번째로 높은 중증도점수})$$

주1) 하나의 증상에 대하여 유사한 진단코드를 동시에 부여받은 경우에는 그 유사한 진단코드 중 중증도점수가 높은 진단코드만 적용합니다.

주2) 대상상병에 대해 「2」 분류번호별 중증도점수」에 기재된 분류번호 자릿수 기준으로 중복 부여받은 경우에는 하나의 분류번호에 대해서만 점수를 적용합니다.

【예시】

하나의 사고로, 진단코드 「S10.81」과 「S10.84」를 동시에 부여받은 경우에는 하나의 「S10.8」에 대해서만 점수를 적용

2) 분류번호별 중증도점수

- 약관에서 규정하는 중증도점수는 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 기준이며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 중증도점수를 판단합니다.

중증도 점수	구분	분류번호
1	머리	S00.0-S01.9, S02.5, S02.88 중 치조골의 골절에 해당하는 상병, S03.2-S03.4, S04.3, S04.6, S04.7, S05.0, S05.1, S05.3, S09.2
	목	S10.7, S11.0-S11.9, S13.4, S14.4, S16
	몸통	S20.0-S20.7, S21.2, S21.8, S21.9, S24.6, S25.8, S30.0-S31.1, S31.7, S31.8, S33.2, S34.5
	팔	S40.0-S41.8, S44.4, S44.5, S44.7, S45.3, S46.0-S46.8, S50.0-S51.9, S54.7-S54.9, S55.9, S56.4, S60.0-S61.9, S62.5-S62.7, S63.1, S63.2, S63.4, S63.6, S63.7, S65.2-S65.4, S66.0-S66.4, S67.0, S67.8, S68.4, S68.8, S69.7-S69.9, T05.2, T11.4
	다리	S70.0-S71.8, S74.8, S75.8, S76.1, S76.3, S80.0-S81.9, S83.7, S85.4, S85.5, S85.7, S86.0-S86.8, S90.0-S91.7, S92.5, S93.1, S93.5, S93.6, S94.3, S96.0-S96.2, S96.8, S96.9, S97.1, T13.8
	기타	T00.0-T00.9, T03.2, T03.4, T04.1, T04.3, T05.6, T05.8, T11.9, T13.2, T13.3, T14.0, T14.1, T20.1, T23.1, T23.2, T23.5, T23.6, T24.5, T26.1, T26.4-T26.6, T26.8, T26.9, T28.3, T28.8, T30.1, T30.5, T32.0, T33.0, T33.2, T35.0, T35.4
4	머리	S03.1, S03.5, S04.5, S06.0, S08.1
	목	S10.0, S10.1, S10.8, S10.9, S13.3, S13.5, S13.6, S14.5, S17.0, S19.7
	몸통	S20.8, S22.3, S23.2-S23.5, S24.3, S24.5, S27.6, S28.0, S29.0, S29.8, S32.2, S33.3-S33.7, S38.3
	팔	S42.0, S42.1, S43.4-S44.3, S44.8-S45.0, S45.9, S46.9, S49.7-S49.9, S52.1, S52.3, S52.4, S52.5, S53.4, S54.0-S54.3, S55.0, S55.1, S55.8, S56.0-S56.3, S56.5,

중증도 점수	구분	분류번호
4	팔	S56.8-S57.9, S58.9, S62.0-S62.3, S62.8, S63.5, S64.0-S65.1, S65.5, S65.7-S65.9, S66.5, S66.7-S66.9, T05.1, T11.5-T11.8
	다리	S73.1, S74.0-S74.2, S74.7, S74.9, S75.0, S75.1, S75.2, S75.9, S76.0, S76.2, S76.4, S76.7, S77.1, S82.0, S82.4-S82.6, S83.4-S83.6, S84.0-S85.1, S85.8, S85.9, S86.9, S87.0, S87.8, S92.0-S92.4, S92.7, S92.9, S93.0, S93.2-S93.4, S94.0-S94.2, S94.7-S95.1, S95.7-S95.9, S96.7, S97.0, S97.8, T13.5
	기타	T01.0-T01.9, T03.0, T04.0, T04.2, T04.4, T06.4, T09.2, T13.1, T13.9, T14.3, T14.6, T20.2, T21.1, T21.5, T22.0-T22.2, T22.4, T22.5, T22.6, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.1, T24.2, T24.6, T25.0, T25.1, T25.2, T25.5, T26.0, T28.0, T29.1, T29.5, T30.0, T30.2, T31.0, T33.5, T33.7, T33.8, T35.2, T35.3
	머리	S02.1, S02.2, S02.3, S02.4, S02.6, S03.0, S04.1, S06.3, S06.8, S07.0-S08.0, S08.9-S09.1, S09.8, S09.9
9	목	S13.0, S17.8-S18
	몸통	S22.1, S22.2, S22.8, S22.9, S24.4, S25.5, S27.3, S29.7, S29.9, S31.2-S31.5, S32.0, S32.1, S32.7, S33.1, S34.0, S34.2, S34.3, S38.0, T02.1, T08.0, T08.1
	팔	S42.2, S42.8, S43.0-S43.3, S45.2, S45.8, S47, S52.0, S52.2, S52.6-S53.3, S55.2, S55.7, S56.7, S59.7-S59.9, S62.4, S63.0, S63.3, S66.6, S68.0-S68.3, S68.9, T10.0, T10.1
	다리	S72.4, S73.0, S77.2, S82.1, S82.3, S82.7-S83.3, S85.2, S89.8, S89.9, S95.2, S98.0-S98.4, S99.7, S99.8, S99.9, T05.5, T12.0, T12.1, T13.4

중증도 점수	구분	분류번호
9	기타	T03.1, T03.3, T03.9, T07, T11.0, T11.2, T13.0, T20.0, T20.4-T20.6, T21.0, T21.2, T21.6, T22.3, T22.7, T24.0, T24.7, T25.3, T25.4, T25.6, T25.7, T26.3, T26.7, T28.5, T28.9, T29.2, T29.6, T30.6, T31.1, T32.1, T33.4, T33.9, T35.5, T35.7
16	머리	S02.84, S02.88 중 치조골의 골절에 해당하지 않는 상병, S04.0, S04.2, S04.4, S05.2, S05.4-S05.9, S06.1, S06.2, S09.7
	목	S12.0, S12.1, S12.8, S13.1, S13.2, S14.0, S14.2, S14.3, S14.6, S15.2, S15.7-S15.9, S19.8, S19.9
	몸통	S21.0, S21.1, S21.7, S22.0, S22.4, S22.5, S23.0, S23.1, S24.0-S24.2, S25.0, S25.2, S25.9, S27.0, S27.1, S27.2, S32.3, S32.4, S32.5, S32.8, S33.0, S34.1, S34.4, S34.6, S35.0, S35.3-S35.5, S36.6, S37.0-S37.9, S38.1, S38.2, S39.0-S39.9
	팔	S42.3, S42.4, S42.7, S42.9, S45.1, S45.7, S48.0-S48.9, S58.0, S58.1, T02.2, T02.4, T11.3
	다리	S72.0-S72.3, S72.7-S72.9, S77.0, S78.0-S79.9, S82.2, S85.3, S88.0-S88.9, S89.7, T02.0, T02.3, T02.5, T05.3
	기타	T02.7, T02.9, T03.8, T04.8-T05.0, T05.4, T05.9, T06.2, T06.3, T06.8, T09.0, T09.1, T09.5, T09.8, T11.1, T14.2, T14.5, T14.7-T14.9, T20.7, T21.4, T24.3, T24.4, T26.2, T28.1, T28.4, T30.4, T33.1, T33.3, T33.6, T34.0-T34.9, T35.1
25	머리	S02.0, S02.7, S02.9, S04.8, S04.9, S06.4-S06.7, S06.9, S08.8
	목	S12.2, S12.7, S12.9, S14.1, S15.0, S15.1, S15.3

중증도 점수	구분	분류번호
25	몸통	S25.1, S25.3, S25.4, S25.7, S26.0-S26.9, S27.4, S27.5, S27.7-S27.9, S28.1, S34.8, S35.1, S35.2, S35.7-S36.5, S36.7-S36.9
		다리 S75.7
	기타	T02.6, T02.8, T04.7, T06.0, T06.1, T06.5, T09.3, T09.4, T09.6, T09.9, T13.6, T14.4, T20.3, T21.3, T21.7, T27.0-T27.7, T28.2, T28.6, T28.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7, T31.2-T31.9, T32.2-T32.9, T35.6

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병에 해당
하는 경우, 중증도점수는 진단 당시 시행되고 있는
한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

【별표47】

급여 항암방사선치료 분류표

약관에 규정하는 급여 항암방사선치료로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대 상 항 목	진료 행위 코드
다-401 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획	
기본치료계획[1문조사]-제1회	HD010
기본치료계획[1문조사]-제2회부터	HD410
기본치료계획[2문대향조사]-제1회	HD011
기본치료계획[2문대향조사]-제2회부터	HD411
기본치료계획[비대향2문조사, 3문이상조사]-제1회	HD012
기본치료계획[비대향2문조사, 3문이상조사]-제2회부터	HD412
전산화방사선치료계획[1문조사]-제1회	HD013
전산화방사선치료계획[1문조사]-제2회부터	HD413
전산화방사선치료계획[2문대향조사]-제1회	HD014
전산화방사선치료계획[2문대향조사]-제2회부터	HD414
전산화방사선치료계획[비대향2문조사, 3문이상조사]-제1회	HD015
전산화방사선치료계획[비대향2문조사, 3문이상조사]-제2회부터	HD415
전산화방사선치료계획[운동조사법]-제1회	HD016
전산화방사선치료계획[운동조사법]-제2회부터	HD416
전산화방사선치료계획[수술중방사선치료계획]	HD017
전산화방사선치료계획[입체조형치료계획]-제1회	HD018
전산화방사선치료계획[입체조형치료계획]-제2회부터	HD418
전산화방사선치료계획[정위적방사선수술계획]-제1회	HD019
전산화방사선치료계획[정위적방사선수술계획]-제2회부터	HD419
전산화방사선치료계획[양성자치료계획]-제1회	HD020
전산화방사선치료계획[양성자치료계획]-제2회부터	HD420
전산화방사선치료계획[세기변조방사선치료계획]-제1회	HD041
전산화방사선치료계획[세기변조방사선치료계획]-제2회부터	HD441
다-402 밀봉소선원치료에 대한 치료계획 및 모의치료	
외부접촉조사치료	HD021
강내치료, 관내치료	HD022
조직내치료	HD023
다-403 치료 보조기구 고안 및 제작	

치료보조기구고안및제작-차폐물	HD031
치료보조기구고안및제작-보상체	HD032
치료보조기구고안및제작-고정기구	HD033
다-404 전립선암에 Iodine-125 영구삽입술(계획)	HD040
다-450 안 종양 근접 방사선치료계획(Ruthenium-106이용)	HD060
다-401 체내(체표면) 선량측정	HX401
다-402 조사면 검교정 필름검교정	HY402
조사면검교정-전기적영상검교정[2차원]	HY404
조사면검교정-전기적영상검교정[3차원]	HY405
다-405 체외조사 Teletherapy(1회당) 체외조사-저에너지방사선치료[1문조사] 체외조사-저에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터] 체외조사-중에너지방사선치료[1문조사] 체외조사-중에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터] 체외조사-고에너지방사선치료[1문조사] 체외조사-고에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]	HD051 HD054 HD052 HD055 HD053 HD056
다-405-1 회전조사 Rotational Irradiation 회전조사-저에너지방사선치료 회전조사-중에너지방사선치료 회전조사-고에너지방사선치료	HD057 HD058 HD059
다-406 입체조형치료(1회당)	HD061
다-407 개봉선원 치료 개봉선원치료-경구투여방법 개봉선원치료-정맥주사방법 개봉선원치료-기타방법	HD071 HD072 HD073
다-408 밀봉소선원치료 밀봉소선원치료-외부근접(접촉)조사치료 밀봉소선원치료-강내치료[고선량을분할치료]-1치료기간당 밀봉소선원치료-강내치료[고선량을분할치료]-치료중단시 밀봉소선원치료-강내치료[저선량을분할치료]-방사성선원삽입당일 밀봉소선원치료-강내치료[저선량을분할치료]-익일부터 밀봉소선원치료-조직내치료, 관내치료[고선량을분할치료]-1치료기간당 밀봉소선원치료-조직내치료, 관내치료[고선량을분할치료]-치료중단시 밀봉소선원치료-조직내치료, 관내치료[저선량을분할치료]-방사성선원삽입당 밀봉소선원치료-조직내치료, 관내치료[저선량을분할치료]-익일부터 밀봉소선원치료-방사성입자의자입치료	HD080 HD081 HD082 HD083 HD084 HD085 HD086 HD087 HD088 HD089
다-409 전신조사(1회당) Total Body Irradiation 전신조사-전신	HD091

전신조사-전립프절	HD092
다-410 전신피부전자선조사	HD093
다-411 정위적 방사선 분할치료(1회당)	HD110
다-412 체부 정위적 방사선수술(1회당)	
체부정위적방사선수술-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술-선형가속기이용[1회로치료종결]	HD112
체부정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술-사이버나이프이용[1회로치료종결]	HD212
다-412-1 뇌 정위적 방사선수술	
뇌정위적방사선수술-감마나이프이용	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기이용	HD115
다-413 양성자치료(1회당)	HD121
다-414 세기변조 방사선치료(1회당)	HZ271
다-415 전립선암에 Iodine-125 영구삽입술(치료)	HD150
다-416 안 종양 근접 방사선치료(Ruthenium-106 이용)	HD160
다-417 수술 중 방사선치료(전자선 이용)	HD170

【별표48】

급여 항암약물 분류표

약관에 규정하는 급여 항암약물은 건강보험심사평가원이 고시하는 「암환자에게 처방투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 분류 중 아래의 분류번호에 해당하는 약제를 말합니다.

대 상 항 목	분류번호
부신피호르몬제	245
난포 및 황체호르몬제	247
기타의 호르몬제(항호르몬제를 포함)	249
비타민B제(비타민B1를 제외)	313
기타의 혈액 및 체액용약	339
해독제	392
따로 분류되지 않는 대사성 의약품	399
항악성종양제	421
기타의 종양치료제	429
방사성 의약품	431
주로 악성종양에 작용하는 것	617
기타의 생물학적 제제, 항암면역요법제	639

5대골절분류표

1. 약관에 규정하는 5대골절로 분류되는 상병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

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

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

만성당뇨합병증 분류표

1. 약관에 규정하는 만성당뇨합병증으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
1형 당뇨병	신장 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.2
	눈 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.3
	신경학적 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.4
	말초순환계 합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.5
2형 당뇨병	신장 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.2
	눈 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.3
	신경학적 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.4
	말초순환계 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.5
영양실조-관련 당뇨병	신장 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.2
	눈 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.3
	신경학적 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.4
	말초순환계 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.5
기타 명시된 당뇨병	신장 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.2
	눈 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.3
	신경학적 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.4
	말초순환계 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.5
상세불명의 당뇨병	신장 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.2
	눈 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.3
	신경학적 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.4
	말초순환계 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.5

기타 당뇨병성 합병증	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표51】

요로결석 분류표

1. 약관에 규정하는 요로결석으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
신장 및 요관의 결석	N20
하부요로의 결석	N21

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

희귀난치성 7대질환 분류표

1. 약관에 규정하는 희귀난치성 7대질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류번호
재생불량성 빈혈	후천성 순수적혈구 무형성[적모구감소증]	D60
	기타 무형성 빈혈	D61
운동 신경세포병	운동신경세포병	G12.2
파킨슨병	파킨슨병	G20
심근질환	확장성 심근병증	I42.0
	폐색성 비대성 심근병증	I42.1
	기타 비대성 심근병증	I42.2
	심내막심근(호산구성) 병	I42.3
	기타 제한성 심근병증	I42.5
모야모야병	모야모야병	I67.5
전신홍반루프스	전신 홍반루프스	M32
만성 신장병	만성신장병(5기)	N18.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

결핵분류표

1. 약관에서 규정하는 결핵으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
2. 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
3. 신경계통의 결핵	A17
4. 기타 기관의 결핵	A18
- 결핵관절염(A18.01+)	M01.1*
- 척추의 결핵(A18.00+)	M49.0*
- 뼈의 결핵(A18.02+)	M90.0*
- 결핵성 방광염(A18.11+)	N33.0*
- 자궁경부의 결핵감염(A18.17+)	N74.0*
- 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17+)	N74.1*
- 결핵성 복막염(A18.30+)	K67.3*
- 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*)	K93.0*
5. 좁쌀 결핵	A19
6. 다약제내성 결핵 ^{주1)}	U84.30
7. 광범위약제내성 결핵 ^{주2)}	U84.31

주1) 이소니아지드와 리팜핀을 포함하는 2개 이상의 항결핵약제에 내성이 있는 결핵균에 의해 발생한 결핵

주2) 이소니아지드와 리팜핀에 내성이고 한가지 이상의 퀴놀론계 약제와 3가지 주사제(카프레오마이신, 카나마이신, 아미카신) 중 한가지 이상의 약제에 내성을 보이는 결핵

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표54】

약제내성결핵(슈퍼결핵포함)분류표

1. 약관에서 규정하는 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 다약제내성 결핵 ^{주1)}	U84.30
2. 광범위약제내성 결핵 ^{주2)}	U84.31

주1) 이소니아지드와 리팜핀을 포함하는 2개 이상의 항결핵약제에 내성이 있는 결핵균에 의해 발생한 결핵

주2) 이소니아지드와 리팜핀에 내성이고 한가지 이상의 퀴놀론계 약제와 3가지 주사제(카프레오마이신, 카나마이신, 아미카신) 중 한가지 이상의 약제에 내성을 보이는 결핵

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표55】

신경차단 · 파괴치료(급여) 대상 수가코드

대상이 되는 의료행위		의료행위 수가코드
신경 차단술	지주막하 신경차단술	LA210
	경막외 신경차단술-일회성차단	LA321 LA322
	경막외 신경차단술-지속적차단	LA222~LA228
	경막외 저장기펌프 제거술	LA330
	뇌신경 및 뇌신경말초지차단술	LA340 LA341 LA232~LA234
	척수신경말초지차단술	LA241~LA245 LA247~LA249 LA346 LA347 LA270~LA276
	척수신경총, 신경근 및 신경정차단술	LA251 LA253 LA352~LA359
	교감신경총 및 신경절차단술	LA261 LA264 LA265 LA361 LA362 LA366 LA367
	지주막하신경파괴술	LB310
	경막외신경파괴술	LB320
신경 파괴술	뇌신경및뇌신경말초지파괴술	LB331 LB333~LB336
	척수신경및말초지파괴술	LB341~LB346
	교감신경절및신경총파괴술	LB351 LB353~LB355 LB412 LB413

특정심장질환 분류표

1. 약관에 규정하는 특정심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속 심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 오래된 심근경색증	I25.2

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

지방간대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 지방간대상질병으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
알코올성 지방간	K70.0
비알코올성 지방간염 (기타 명시된 염증성 간질환)	K75.8
달리 분류되지 않은 지방(변화성)간	K76.0

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표58】

간농양 분류표

1. 약관에 규정하는 간농양으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류 번호
간의 농양 아메바성 간농양(K77.0*)	K75.0 A06.4 †

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표59】

특정담낭,담관염 분류표

1. 약관에 규정하는 특정담낭,담관염으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류 번호
급성 담낭염을 동반한 담낭의 결석	K80.0
담관염을 동반한 담관결석	K80.3
담낭염을 동반한 담관결석	K80.4
급성 담낭염	K81.0
담관염	K83.0

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표60】

급성췌장염 분류표

1. 약관에 규정하는 급성췌장염으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
급성 췌장염	K85

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표61】

크론병및궤양성대장염 분류표

1. 약관에 규정하는 크론병및궤양성대장염으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
크론병[국소성 장염]	K50
궤양성 대장염	K51

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표62】

특정천공 분류표

1. 약관에 규정하는 특정천공으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
식도의 천공	K22.3
장의 천공(비외상성)	K63.1
담낭의 천공	K82.2
담관의 천공	K83.2

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표63】

특정4대소화계질환(충수, 복막, 기타장질환)
분류표

1. 약관에 규정하는 특정4대소화계질환(충수, 복막, 기타장질환)으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병		분류번호
충수질환	급성 충수염	K35
	기타 충수염	K36
	상세불명의 충수염	K37
	충수의 기타 질환	K38
복막질환	복막염	K65
	복막의 기타 장애	K66
특정 위장염 및 결장염	방사선에 의한 위장염 및 결장염	K52.0
	독성 위장염 및 결장염	K52.1
기타 장질환	장의 혈관장애	K55

대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상상병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표64】

특정6대소화계질환(궤양, 게실염) 분류표

1. 약관에 규정하는 특정6대소화계질환(궤양, 게실염)으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병		분류 번호
특정 식도 궤양	출혈을 동반한 식도의 궤양	K22.11
특정 위궤양	출혈이 있는 급성 위궤양	K25.0
	천공이 있는 급성 위궤양	K25.1
	출혈 및 천공이 모두 있는 급성 위궤양	K25.2
특정 십 이 지 장 궤양	출혈이 있는 급성 십이지장궤양	K26.0
	천공이 있는 급성 십이지장궤양	K26.1
	출혈 및 천공이 모두 있는 급성 십이지장궤양	K26.2
특정 소화성 궤양	출혈이 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.0
	천공이 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.1
	출혈 및 천공이 모두 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.2
위공장 궤양	위공장궤양	K28
특정 게실염	· 출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 소장의 게실병, 게실염	K57.02
	· 출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 소장의 게실병, 게실염	K57.03
	· 출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 대장의 게실병, 게실염	K57.22
	· 출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 대장의 게실병, 게실염	K57.23
	· 출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 소장과 대장 모두의 게실병, 게실염	K57.42
	· 출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 소장과 대장 모두의 게실병, 게실염	K57.43
	· 출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 상세불명 부분의 장의 게실병, 게실염	K57.82
	· 출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 상세불명 부분의 장의 게실병, 게실염	K57.83

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표65】

대장 양성종양및특정폴립 분류표

1. 약관에 규정하는 대장 양성종양및특정폴립으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대상 질병	분류번호
맹장의 양성 신생물	D12.0
충수의 양성 신생물	D12.1
상행결장의 양성 신생물	D12.2
횡행결장의 양성 신생물	D12.3
하행결장의 양성 신생물	D12.4
구불결장의 양성 신생물	D12.5
상세불명의 결장의 양성 신생물	D12.6
직장구불결장접합부의 양성 신생물	D12.7
직장의 양성신생물	D12.8
직장폴립	K62.1
결장의 폴립	K63.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표66】

위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립
분류표

1. 약관에 규정하는 위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대상 질병	분류번호
기타 및 부위불명의 소화계통의 양성 신생물	D13
위 및 십이지장의 폴립	K31.7

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양 분류표

1. 약관에 규정하는 중이, 호흡계통, 흉곽내기관 양성종양으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
중이 및 호흡계통의 양성 신생물	D14
기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D15

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【법규1】

개인정보 보호법

제15조(개인정보의 수집·이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우
5. 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.
7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다.

제17조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호, 제3호 및 제5호부터 제7호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때

에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 삭제

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

제22조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제22조의2제1항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. 이 경우 다음 각 호의 경우에는 동의 사항을 구분하여 각각 동의를 받아야 한다.

1. 제15조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
2. 제17조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
3. 제18조제2항제1호에 따라 동의를 받는 경우
4. 제19조제1호에 따라 동의를 받는 경우
5. 제23조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
6. 제24조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
7. 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 경우
8. 그 밖에 정보주체를 보호하기 위하여 동의 사항을 구분하여 동의를 받아야 할 필요가 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.

③ 개인정보처리자는 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보에 대해서는 그 항목과 처리의 법적 근거를 정보주체의 동의를 받아 처리하는 개인정보와 구분하여 제30조제2항에 따라 공개하거나 전자우편 등 대통령령으로 정하는 방법에 따라 정보주체에게 알려야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.

④ 삭제

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제1항제3호 및 제7호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 삭제

⑦ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집·매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제23조(민감정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 본질·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

③ 개인정보처리자는 재화 또는 서비스를 제공하는 과정에서 공개되는 정보에 정보주체의 민감정보가 포함됨으로써 사생활 침해의 위험성이 있다고 판단하는 때에는 재화 또는 서비스의 제공 전에 민감정보의 공개 가능성 및 비공개를 선택하는 방법을 정보주체가 알아보기 쉽게 알려야 한다.

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 삭제

③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 본질·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.

⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

【법규2】

공직선거법

제222조(선거소송)

- ① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 선거의 효력에 관하여 이의가 있는 선거인·정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 선거일부터 30일 이내에 당해 선거구선거관리위원회위원장을 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.
- ② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 선거의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인(當選人을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 해당 선거구선거관리위원회 위원장을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.
- ③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을 피고로 한다.

제223조(당선소송)

- ① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 당선의 효력에 이의가 있는 정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 당선인결정일부터 30일 이내에 제52조제1항·제3항 또는 제192조제1항부터 제3항까지의 사유에 해당함을 이유로 하는 때에는 당선인을, 제187조(大統領當選人의 決定·公告·통지)제1항·제2항, 제188조(地域區國會議員當選人의 決定·公告·통지)제1항 내지 제4항, 제189조(比例代表國會議員議席의 배분과 當選人의 決定·公告·통지) 또는 제194조(당선인의 재결정과 비례대표국회의원의석 및 비례대표지방의회의원의석의 재배분)제4항의 규정에 의한 결정의 위법을 이유로 하는 때에는 대통령선거에 있어서는 그 당선인을 결정한 중앙선거관리위원회위원장 또는 국회의장을, 국회의원선거에 있어서는 당해 선거구선거관리위원회위원장을 각각 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.
- ② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 당선의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인 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·도의원

선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을, 국회의장이 궐위된 때에는 부의장중 1인을 피고로 한다.

④ 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 피고로 될 당선인이 사퇴·사망하거나 제192조제2항의 규정에 의하여 당선의 효력이 상실되거나 같은조제3항의 규정에 의하여 당선이 무효로 된 때에는 대통령선거에 있어서는 법무부장관을, 국회의원선거·지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서는 관할고등검찰청검사를 피고로 한다.

【법규3】

교통사고처리특례법

제3조(처벌의 특례)

- ① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 「형법」 제268조의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 「도로교통법」 제151조의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 「도로교통법」 제44조제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.
 1. 「도로교통법」 제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
 2. 「도로교통법」 제13조제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
 3. 「도로교통법」 제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
 4. 「도로교통법」 제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
 5. 「도로교통법」 제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
 6. 「도로교통법」 제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
 7. 「도로교통법」 제43조, 「건설기계관리법」 제26조 또는 「도로교통법」 제96조를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
 8. 「도로교통법」 제44조제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
 9. 「도로교통법」 제13조제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경

우

10. 「도로교통법」 제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지 의무를 위반하여 운전한 경우
11. 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우
12. 「도로교통법」 제39조제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

【법규4】

국민건강보험법

제41조(요양급여)

- ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.
 1. 진찰·검사
 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
 3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
 4. 예방·재활
 5. 입원
 6. 간호
 7. 이송(移送)
- ② 제1항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.
 1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
 2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것
- ③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.
- ④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

【법규5】

금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1~7. (생략)

9. “전문금융소비자”란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 “금융상품판매업자 등”이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.

가. 국가

나. 「한국은행법」에 따른 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융회사

라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

10. (생략)

제17조(적합성원칙)

② 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에게 다음 각 호의 금융상품 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 경우를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)하는 경우에는 면담·질문 등을 통하여 다음 각 호의 구분에 따른 정보를 파악하고, 일반금융소비자로부터 서명(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명을 포함한다. 이하 같다), 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아 이를 유지·관리하여야 하며, 확인받은 내용을 일반금융소비자에게 지체 없이 제공하여야 한다.

1. 「보험업법」 제108조제1항제3호에 따른 변액보험 등 대통령령으로 정하는 보장성 상품

가. 일반금융소비자의 연령

나. 재산상황(부채를 포함한 자산 및 소득에 관한 사항을 말한다. 이하 같다)

다. 보장성 상품 계약 체결의 목적

2. 투자성 상품(「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제27항에 따른 온라인소액투자중개의 대상이 되는 증권 등 대통령령으로 정하는 투자성 상품은 제외한다. 이하 이 조에서 같다) 및 운용 실적에 따라 수익률 등의 변동 가능성이 있는 금융상

품으로서 대통령령으로 정하는 예금성 상품

가. 일반금융소비자의 해당 금융상품 취득 또는 처분 목적

나. 재산상황

다. 취득 또는 처분 경험

3. 대출성 상품

가. 일반금융소비자의 재산상황

나. 신용 및 변제계획

4. 그 밖에 일반금융소비자에게 적합한 금융상품 계약의 체결을 권유하기 위하여 필요한 정보로서 대통령령으로 정하는 사항

③ 금융상품판매업자등은 제2항 각 호의 구분에 따른 정보를 고려하여 그 일반금융소비자에게 적합하지 아니하다고 인정되는 계약 체결을 권유해서는 아니 된다. 이 경우 적합성 판단 기준은 제2항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

제18조(적정성원칙)

① 금융상품판매업자는 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품 및 대출성 상품에 대하여 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유하지 아니하고 금융상품 판매 계약을 체결하려는 경우에는 미리 면담·질문 등을 통하여 다음 각 호의 구분에 따른 정보를 파악하여야 한다.

1. 보장성 상품: 제17조제2항제1호 각 목의 정보

2. 투자성 상품: 제17조제2항제2호 각 목의 정보

3. 대출성 상품: 제17조제2항제3호 각 목의 정보

4. 금융상품판매업자가 금융상품 판매 계약이 일반금융소비자에게 적정한지를 판단하는 데 필요하다고 인정되는 정보로서 대통령령으로 정하는 사항

② 금융상품판매업자는 제1항 각 호의 구분에 따라 확인한 사항을 고려하여 해당 금융상품이 그 일반금융소비자에게 적정하지 아니하다고 판단되는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 사실을 알리고, 그 일반금융소비자로부터 서명, 기명날인, 녹취, 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 이 경우 적정성 판단 기준은 제1항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

제19조(설명 의무)

① 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다)하는 경우 및 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우에는 다음 각 호의 금융상품에 관한 중요한 사항(일반금융소비자가 특정 사항에 대한 설명만을 원하는 경우 해당 사항으로 한정한다)을 일반금융소비자가 이해할 수 있도록 설명하여야 한다.

1. 다음 각 목의 구분에 따른 사항

가. 보장성 상품

1) 보장성 상품의 내용

2) 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)

3) 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다) 지급제한 사유 및 지급절차

4) 위험보장의 범위

5) 그 밖에 위험보장 기간 등 보장성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

나. 투자성 상품

- 1) 투자성 상품의 내용
- 2) 투자에 따른 위험
- 3) 대통령령으로 정하는 투자성 상품의 경우 대통령령으로 정하는 기준에 따라 금융상품직접판매업자가 정하는 위험등급
- 4) 그 밖에 금융소비자가 부담해야 하는 수수료 등 투자성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

다. 예금성 상품

- 1) 예금성 상품의 내용
- 2) 그 밖에 이자율, 수익률 등 예금성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

라. 대출성 상품

- 1) 금리 및 변동 여부, 중도상환수수료(금융소비자가 대출만기일이 도래하기 전 대출금의 전부 또는 일부를 상환하는 경우에 부과하는 수수료를 의미한다. 이하 같다) 부과 여부·기간 및 수수료율 등 대출성 상품의 내용
 - 2) 상환방법에 따른 상환금액·이자율·시기
 - 3) 저당권 등 담보권 설정에 관한 사항, 담보권 실행사유 및 담보권 실행에 따른 담보목적물의 소유권 상실 등 권리변동에 관한 사항
 - 4) 대출원리금, 수수료 등 금융소비자가 대출계약을 체결하는 경우 부담하여야 하는 금액의 총액
 - 5) 그 밖에 대출계약의 해지에 관한 사항 등 대출성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
2. 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 "연계·제휴서비스등"이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항
- 가. 연계·제휴서비스등의 내용
- 나. 연계·제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항
- 다. 그 밖에 연계·제휴서비스등의 제공기간 등 연계·제휴서비스등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
3. 제46조에 따른 청약 철회의 기한·행사방법·효과에 관한 사항
 4. 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

③ 금융상품판매업자들은 제1항에 따른 설명을 할 때 일반금융소비자의 합리적인 판단 또는 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 거짓으로 또는 왜곡(불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위를 말한다)하여 설명하거나 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 빠뜨려서는 아니 된다.

제20조(불공정영업행위의 금지)

① 금융상품판매업자들은 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위(이하 "불공정영업행위"라 한다)를 해서는 아니 된다.

1. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 금융소비자의 의사에 반하여 다른 금융상품의 계약체결을 강요하는 행위
 2. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 부당하게 담보를 요구하거나 보증을 요구하는 행위
 3. 금융상품판매업자들 또는 그 임직원이 업무와 관련하여 편익을 요구하거나 제공받는 행위
 4. 대출성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
- 가. 자기 또는 제3자의 이익을 위하여 금융소비자에게 특정 대출 상환방식을 강요하는 행위
- 나. 1)부터 3)까지의 경우를 제외하고 수수료, 위약금 또는 그 밖에 어떤 명목이든 중도상환수수료를 부과하는 행위
- 1) 대출계약이 성립한 날부터 3년 이내에 상환하는 경우
 - 2) 다른 법령에 따라 중도상환수수료 부과가 허용되는 경우
 - 3) 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 경우
- 다. 개인에 대한 대출 등 대통령령으로 정하는 대출상품의 계약과 관련하여 제3자의 연대보증을 요구하는 경우
5. 연계·제휴서비스등이 있는 경우 연계·제휴서비스등을 부당하게 축소하거나 변경하는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위. 다만, 연계·제휴서비스등을 불가피하게 축소하거나 변경하더라도 금융소비자에게 그에 상응하는 다른 연계·제휴서비스등을 제공하는 경우와 금융상품판매업자들의 휴업·파산·경영상의 위기 등에 따른 불가피한 경우는 제외한다.
 6. 그 밖에 금융상품판매업자들이 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 행위

제21조(부당권유행위 금지)

금융상품판매업자들은 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)하는 경우에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 해서는 아니 된다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위는 제외한다.

1. 불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위
2. 금융상품의 내용을 사실과 다르게 알리는 행위
3. 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미치는 사항을 미리 알고 있으면서 금융소비자에게 알리지 아니하는 행위
4. 금융상품 내용의 일부에 대하여 비교대상 및 기준을 밝히지 아니하거나 객관적인 근거 없이 다른 금융상품과 비교하여 해당 금융상품이 우수하거나 유리하다고 알리는 행위
5. 보장성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당

하는 행위

가. 금융소비자(이해관계인으로서 대통령령으로 정하는 자를 포함한다. 이하 이 호에서 같다)가 보장성 상품 계약의 중요한 사항을 금융상품직접판매업자에게 알리는 것을 방해하거나 알리지 아니할 것을 권유하는 행위

나. 금융소비자가 보장성 상품 계약의 중요한 사항에 대하여 부실하게 금융상품직접판매업자에게 알릴 것을 권유하는 행위

6. 투자성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위

가. 금융소비자로부터 계약의 체결권유를 해줄 것을 요청받지 아니하고 방문·전화 등 실시간 대화의 방법을 이용하는 행위

나. 계약의 체결권유를 받은 금융소비자가 이를 거부하는 취지의 의사를 표시하였는데도 계약의 체결권유를 계속하는 행위

7. 그 밖에 금융소비자 보호 또는 건전한 거래질서를 해칠 우려가 있는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 분쟁사건(이하 “소액분쟁사건”이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시하기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것
2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제46조(청약의 철회)

① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약의 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약의 철회할 수 있다.

1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약의 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간
2. 투자성 상품, 금융상품자문: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날부터 7일
 - 가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
 - 나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일
3. 대출성 상품: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날[다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날보다 계약에 따른 금전·재화·용역(이하 이 조에서 “금전·재화등”이라 한다)의 지급이 늦게 이루어진 경우에는 그 지급일]부터 14일
 - 가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날

나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일

② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.

1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면(대통령령으로 정하는 방법에 따른 경우를 포함한다. 이하 이 절에서 “서면등”이라 한다)을 발송한 때

2. 대출성 상품: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면등을 발송하고, 다음 각 목의 금전·재화등(이미 제공된 용역은 제외하며, 일정한 시설을 이용하거나 용역을 제공받을 수 있는 권리를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)을 반환한 때
 - 가. 이미 공급받은 금전·재화등

나. 이미 공급받은 금전과 관련하여 대통령령으로 정하는 이자

다. 해당 계약과 관련하여 금융상품판매업자등이 제3자에게 이미 지급한 수수료 등 대통령령으로 정하는 비용

③ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등이 일반금융소비자로부터 받은 금전·재화등의 반환은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.

1. 보장성 상품: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

2. 투자성 상품, 금융상품자문: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것. 다만, 대통령령으로 정하는 금액 이내인 경우에는 반환하지 아니할 수 있다.

3. 대출성 상품: 금융상품판매업자등은 일반금융소비자로부터 제2항제2호에 따른 금전·재화등, 이자 및 수수료를 반환받은 날부터 3영업일 이내에 일반금융소비자에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 대출과 관련하여 일반금융소비자로부터 받은 수수료를 포함하여 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에 대하여 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.

⑤ 보장성 상품의 경우 청약이 철회된 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 일반금융소비자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약의 철회한 경우에는 그러하지 아니하다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.

⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령

령으로 정한다.

제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

【법규6】

도로교통법

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 시·도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제50조의3, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다.
- ② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
- ④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.
- ⑤ 제2항 및 제3항에 따른 측정의 방법, 절차 등 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다.

제45조(과로한 때 등의 운전 금지)

자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다.

제151조(벌칙)

차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다.

【법규7】

민법

제2조(신의성실)

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

제27조(실종의 선고)

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

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

제753조(미성년자의 책임능력)

미성년자가 타인에게 손해를 가한 경우에 그 행위의 책임을 변식할 능력이 없는 때에는 배상의 책임이 없다.

제754조(심신상실자의 책임능력)

심신상실 중에 타인에게 손해를 가한 자는 배상의 책임이 없다. 그러나 고의 또는 과실로 인하여 심신상실을 초래한 때에는 그러하지 아니하다.

제777조(친족의 범위)

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

【법규8】

민사소송법

제254조(재판장등의 소장심사권)

① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.

② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각하하여야 한다.

③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본 또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다.

제266조(소의 취하)

① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다.

② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다.

③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론준비기일에서 말로 할 수 있다.

④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다.

⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서등본을 송달하여야 한다.

⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에 동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의 등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.

제269조(반소)

① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된 법원에 반소를 제기할 수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어방법과 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.

제333조(항소의 취하)

① 항소는 항소심의 종국판결이 있기 전에 취하할 수 있

다.

② 항소의 취하에는 제266조제3항 내지 제5항 및 제267조 제1항의 규정을 준용한다.

제399조(원심재판장등의 항소장심사권)

- ① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
- ② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명한 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
- ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)

- ① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우, 또는 항소장의 부분을 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.
- ② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
- ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제412조(반소의 제기)

- ① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경우에 제기할 수 있다.
- ② 상대방이 이의를 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

제425조(항소심절차의 준용)

상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.

【법규의】

소비자기본법

제70조(단체소송의 대상 등)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다.

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록된 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 요청 받을 것
나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동실적이 있을 것
다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

【법규10】

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 서면

2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)

3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동意的 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식

4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.

5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다.

③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.

④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.

⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.

1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기관에 금융회사 가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공 받는 경우
- 9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.
- 9의3. 제17조제2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우
- 9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우
 - 가. 양 목적 간의 관련성
 - 나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경우
 - 다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향
 - 라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부
10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

제33조(개인신용정보의 이용)

① (생략)

② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

【법규11】

약사법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1~4. (생략)

5. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.

6. "한약제제(韓藥製劑)"란 한약을 한방원리에 따라 배합하여 제조한 의약품(醫藥品)을 말한다.

(이하 생략)

【법규12】

여객자동차 운수사업법 시행령

제3조(여객자동차운송사업의 종류)

「여객자동차 운수사업법」(이하 “법”이라 한다) 제3조 제2항에 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, 준 산업단지 및 공장입지 유도지구(이하 이 조에서 “산업단지등”이라 한다) 관리기관의 경우

해당 산업단지등의 입주기업체 소속원을 포함한다]만의 통근·통학목적으로 자동차를 운행하는 경우에는 운행계통을 정하지 아니한 것으로 본다.

- 1) 정부기관·지방자치단체와 그 출연기관·연구기관 등 공법인
- 2) 회사, 「초·중등교육법」 제2조에 따른 학교, 「고등교육법」 제2조에 따른 학교, 「유아교육법」 제2조제2호에 따른 유치원, 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집, 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조의2제1항제1호에 따른 학교교과교습학원 또는 「체육시설의 설치·이용에 관한 법률」 제3조에 따른 체육시설(「유통산업발전법」 제2조 제3호에 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 장래에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업

다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접운전(사업자의 질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

【법규13】

의료급여법

제7조(의료급여의 내용 등)

① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술과 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치

② 제1항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

【법규14】

의료법

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제3조의2(병원등)

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

제3조의3(종합병원)

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목

(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제3조의4(상급종합병원 지정)

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.

⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

【법규15】

의료법 시행규칙

제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)

법 제36조제1호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고 그 시설규격은 별표 4와 같다.

【별표 3】

의료기관의 종류별 시설기준(제34조 관련)

시 설	종 합 병 원 병 원 요 양 병 원	치 과 병 원	한 방 의 원 병 원	치 과 의 원	한 의 원	조 산 원
1~11. (생략)						
1 1 의 2 탕 전 실	1 (관 련 한 의 과 진 료 과 목 을 두 고 탕 전 을 하 는 경 우 에 만 갖 춘 다)	1 (관 련 한 의 과 진 료 과 목 을 두 고 탕 전 을 하 는 경 우 에 만 갖 춘 다)	1 (탕 전 을 하 는 경 우 에 만 갖 춘 다)		1 (탕 전 을 하 는 경 우 에 만 갖 춘 다)	
(이하 생략)						

【별표 4】

의료기관의 시설규격(제34조 관련)

1~11. (생략)

11의2. 탕전실

- 가. 탕전실에는 조제실, 한약재 보관시설, 작업실, 그 밖에 탕전에 필요한 시설을 갖추어야 한다. 다만, 의료기관 내에 조제실 및 한약재 보관 시설을 구비하고 있는 경우에는 이를 충족한 것으로 본다.
- 나. 조제실에는 개봉된 한약재를 보관할 수 있는 한약장 또는 기계·장치와 한약을 조제할 수 있는 시설을 두어야 한다.
- 다. 한약재 보관시설에는 쥐·해충·먼지 등을 막을 수 있는 시설과 한약재의 변질을 예방할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.
- 라. 작업실에는 수도물이나 「먹는물관리법」 제5조에 따른 먹는 물의 수질기준에 적합한 지하수 등을 공급할 수 있는 시설, 한약의 탕전 등에 필요한 안전하고 위생적인 장비 및 기구, 환기 및 배수에 필요한 시설, 탈의실 및 세척 시설 등을 갖추어야 한다.
- 마. 작업실의 시설 및 기구는 항상 청결을 유지하여야 하며 종사자는 위생복을 착용하여야 한다.
- 바. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에는 한의사 또는 한약사를 배치하여야 한다.

사. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에서 한약을 조제하는 경우 조제를 의뢰한 한의사의 처방전, 조제 작업일지, 한약재의 입출고 내역, 조제한 한약의 배송일지 등 관련 서류를 작성·보관하여야 한다.
(이하 생략)

【법규16】

자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표1과 같이 구분한다.

【별표1】 자동차의 종류(제2조 관련)					
1. 규모별 세부기준					
종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용자동차	배기량이 250cc이하이고, 정격출력이 15kW이하인 것	배기량이 1,000cc이하이고, 길이 3.6미터 이하인 것	배기량이 1,600cc이하이고, 길이 4.7미터 이하인 것	배기량이 1,600cc이상 2,000cc이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000cc이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승합자동차	배기량이 1,000cc이하이고, 길이 3.6미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것

화물자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대 적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대 적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대 적재량이 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 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 100시시 초과 260시시 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260시시(최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것	

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계

		된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·현행·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화물자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특수용도형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수작업용인 것
이륜자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기 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·경형 화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 초소형화물차 및 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차 1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공		

- 간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
- 2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 격벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
 - 3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차
- 나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.
- 1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
 - 2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
 - 3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차
2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.
- 가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.
- 나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.
- 다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

【법규17】

자동차손해배상보장법 시행령

제2조(건설기계의 범위)

「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다.

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

제3조(책임보험금 등)

① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다.

1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
 2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.
 3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)가 생긴 경우에는 별표 2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
- ② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다.
1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도 금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
 2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른 금액의 합산액
 3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액
- ③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 2천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다.

【법규18】

장기등 이식에 관한 법률

제4조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "장기등"이란 사람의 내장이나 그 밖에 손상되거나 정지된 기능을 회복하기 위하여 이식이 필요한 조직으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
 - 가. 신장·간장·췌장·심장·폐
 - 나. 말초혈(조혈모세포를 이식할 목적으로 채취하는 경우에 한정한다)·골수·안구
 - 다. 뼈·피부·근육·신경·혈관 등으로 구성된 복합조직으로서의 손·팔 또는 발·다리
 - 라. 제8조제2항제4호에 따라 장기등이식윤리위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 결정·고시한 것
 - 마. 그 밖에 사람의 내장 또는 조직 중 기능회복을 위하여 적출·이식할 수 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것
2. "장기등기증자"란 다른 사람의 장기등의 기능회복을 위하여 대가 없이 자신의 특정한 장기등을 제공하는 사람으로서 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.
3. "장기등기증희망자"란 본인이 장래에 뇌사 또는 사망할 때(말초혈 또는 골수의 경우에는 살아있을 때를 포함한다) 장기등을 기증하겠다는 의사표시를 한 사람으로서 제15조에 따라 등록한 사람을 말한다.
4. "장기등이식대기자"란 자신의 장기등의 기능회복을 목적으로 다른 사람의 장기등을 이식받기 위하여 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.
5. "살아있는 사람"이란 사람 중에서 뇌사자를 제외한 사람을 말하고, "뇌사자"란 이 법에 따른 뇌사판정 기준 및 뇌사판정절차에 따라 뇌 전체의 기능이 되살아날 수 없는 상태로 정지되었다고 판정된 사람을 말한다.
6. "가족" 또는 "유족"이란 살아있는 사람·뇌사자 또는 사망한 자의 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다. 다만, 14세 미만인 사람은 제외한다.
 - 가. 배우자
 - 나. 직계비속
 - 다. 직계존속
 - 라. 형제자매
 - 마. 가목부터 라목까지에 해당하는 가족 또는 유족이 없는 경우에는 4촌 이내의 친족

제14조(장기등기증자 등의 등록)

① 장기등기증자 또는 장기등이식대기자로 등록하려는 사람은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 등록기관에 등록을 신청하여야 한다. 다만, 장기등기증자가 뇌사자 또는 사망한 자의 경우에는 그 가족 또는 유족 중 1명이 등록을 신청할 수 있다.

② 등록기관의 장은 제1항에 따른 신청을 받으면 다음 각 호의 기준에 따라 등록 여부를 결정하여야 한다.

1. 장기등기증자의 경우: 제12조 및 제22조에 따른 본인이나 가족 또는 유족의 동의 여부와 등록기관의 장이 실시하는 신체검사(등록기관이 의료기관이 아닌 경우에는 등록기관의 장이 지정하는 의료기관에서 실시하는 신체검사를 말한다. 이하 같다) 결과 장기등기증자로 적합한지 여부. 다만, 장기등기증자로 적합한지 확인할 수 있는 신체검사 결과가 있으면 신체검사를 생략할 수 있다.
 2. 장기등이식대기자의 경우: 등록기관의 장이 실시하는 신체검사 결과 장기등이식대기자로 적합한지 여부
- ③ 등록기관의 장은 제2항에 따라 등록을 결정하면 그 등록을 하고, 지체 없이 그 결과를 신청인 및 국립장기이식관리기관의 장에게 알려야 한다.
- ④ 제2항에 따른 신체검사의 항목 및 방법, 그 밖에 신체검사의 실시에 관하여 필요한 사항은 국립장기이식관리기관의 장이 보건복지부장관의 승인을 받아 정한다.
- ⑤ 등록기관의 장은 등록한 사람이 장기등의 기증 등에 관한 의사표시를 철회하면 즉시 그 등록을 말소하여야 한다.

제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등)

- ① 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용은 해당 장기등을 이식받은 사람이 부담한다. 다만, 이식받은 사람이 부담하는 비용에 대하여 다른 법령에서 따로 정하는 경우에는 해당 법령에서 정하는 바에 따른다.
- ② 제1항에 따른 비용은 「국민건강보험법」에서 정하는 바에 따라 산출한다. 다만, 「국민건강보험법」에서 규정하지 아니한 비용은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 산출한다.

【법규19】

장애인복지법 시행규칙

제3조(장애인의 등록신청 및 장애 진단)

① 법 제32조제1항에 따라 장애인의 등록을 신청하려는 자는 별지 제1호의4서식의 장애인 등록 및 서비스 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 관할 읍·면·동장을 거쳐 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말하며, 이하 "시장·군수·구청장"이라 한다)에게 제출해야 한다. 다만, 시장·군수·구청장은 법 제32조의2에 따라 장애인 등록을 하려는 사람에 대해서는 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 재외동포 및 외국인임을 증명하는 서류를 확인해야 하며, 신청인이 확인에 동의하지 않은 경우에는 이를 첨부하도록 해야 한다.

1. 사진(신청 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사진으로 가로 3.5센티미터, 세로 4.5센티미터의 사진을 말한다) 1장

2. 등록대상자의 장애 상태를 확인할 수 있는 서류

② 제1항에 따른 등록신청을 받은 시장·군수·구청장은 등록대상자와의 상담을 통하여 그 장애 상태가 영 제2조에 따른 장애의 기준에 명백하게 해당되지 않는 경우 외에는 지체 없이 별지 제2호서식의 의뢰서에 따라 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 또는 「지역보건법」 제10조 및 제13조에 따른 보건소와 보건지소(이하 "의료기관"이라 한다) 중 보건복지부장관이 정하는 장애유형별 해당 전문의가 있는 의료기관에 장애 진단을 의뢰할 수 있다.

③ 제2항에 따라 장애 진단을 의뢰받은 의료기관은 장애인의 장애 상태를 진단한 후 별지 제3호서식의 진단서를 장애 진단을 의뢰한 시장·군수·구청장에게 통보해야 한다.

④ 시장·군수·구청장은 제3항에 따라 통보받은 진단 결과에 대하여 보다 정밀한 심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 국민연금공단에 장애 정도에 관한 심사를 의뢰할 수 있다. 이 경우 장애 정도에 관한 국민연금공단의 심사 방법 및 기준 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

제6조(장애 정도의 조정)

① 장애인은 장애 상태가 현저하게 변화되어 장애 정도의 조정이 필요한 경우에는 별지 제1호의4서식의 신청서에 등록증과 등록대상자의 장애 상태를 확인할 수 있는 서류를 첨부하여 시장·군수·구청장에게 장애 정도의 조정을 신청할 수 있다.

② 제1항에 따라 장애 정도의 조정신청을 받은 시장·군수·구청장은 의료기관에 장애 진단을 의뢰할 수 있다.

③ 제2항에 따라 장애 진단을 의뢰받은 의료기관은 장애인의 장애 상태를 진단한 후 별지 제3호서식의 진단서를 장애 진단을 의뢰한 시장·군수·구청장에게 통보해야 한다.

④ 시장·군수·구청장은 제3항에 따라 통보받은 진단 결과에 대하여 보다 정밀한 심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 국민연금공단에 장애 정도에 관한 심사를 의뢰할

수 있다. 이 경우 장애 정도에 관한 국민연금공단의 심사 방법 및 기준 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

⑤ 제3항과 제4항에 따라 진단 결과나 장애 정도 심사결과를 통보받은 시장·군수·구청장은 통보받은 내용을 토대로 장애 정도를 조정하고, 그 결과를 신청인에게 통지해야 한다.

제7조(장애 상태 확인)

① 시장·군수·구청장은 법 제32조제3항에 따라 장애인의 장애 상태를 확인하여 장애 상태에 맞는 장애 정도를 유지하도록 해야 한다. 다만, 장애 상태에 현저한 변화 가능성이 없다고 판단되는 장애인에 대해서는 그렇지 않다.

② 시장·군수·구청장은 제1항에 따라 장애인의 장애 상태를 확인하려는 경우에는 별지 제7호서식의 통보서를 해당 장애인에게 송부해야 한다.

③ 장애 상태를 확인하기 위한 장애 진단 및 장애 정도의 조정에 관하여는 제6조제2항부터 제5항까지의 규정을 준용한다.

폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제4조(단체등의 구성·활동)

① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다.

1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역
2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역
3. 수괴·간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역

② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 범하였을 때에는 그 죄에 대한 형의 장기(長期) 및 단기(短期)의 2분의 1까지 가중한다.

1. 「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄
 - 가. 「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄 중 제136조(공무집행방해), 제141조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄
 - 나. 「형법」 제24장 살인의 죄 중 제250조제1항(살인), 제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등), 제255조(예비, 음모)의 죄
 - 다. 「형법」 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제314조(업무방해), 제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄
 - 라. 「형법」 제38장 절도와 강도의 죄 중 제333조(강도), 제334조(특수강도), 제335조(준강도), 제336조(인질강도), 제337조(강도상해, 치상), 제339조(강도강간), 제340조제1항(해상강도)·제2항(해상강도상해 또는 치상), 제341조(상습범), 제343조(예비, 음모)의 죄
2. 제2조 또는 제3조의 죄(「형법」 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다)

③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 금품을 모집한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다.

한의학육성법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "한의학"이란 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료행위(이하 "한방의료"라 한다) 및 한약사(韓藥事)를 말한다.
2. "한약사"란 한약의 생산[한약재(韓藥材) 재배를 포함한다]·가공·제조·조제·수입·판매·감정·보관 또는 그 밖에 한약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
3. "한약기술"이란 한의약을 포함하여 한약제제(韓藥製劑), 한약을 한방 원리에 따라 제조한 것을 말한다. 이하 제5호에서 같다) 및 한약재 재배(우수 품종 개발을 포함한다)·제조·유통·보관 등 한의약과 관련한 모든 상품 및 서비스에 관련된 기술로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
4. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
5. "한약재"란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.

【법규22】

형법

제13장 방화와 실화의 죄

제170조(실화)

- ① 과실로 제164조 또는 제165조에 기재한 물건 또는 타인 소유인 제166조에 기재한 물건을 불태운 자는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 과실로 자기 소유인 제166조의 물건 또는 제167조에 기재한 물건을 불태워 공공의 위험을 발생하게 한 자도 제1항의 형에 처한다.

제171조(업무상실화, 중실화)

업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 제170조의 죄를 범한 자는 3년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제24장 살인의 죄

제250조(살인, 존속살해)

- ① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제251조(영아살해)

직계존속이 치욕을 은폐하기 위하거나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만중 또는 분만직후의 영아를 살해한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등)

- ① 사람의 촉탁이나 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 사람을 교사하거나 방조하여 자살하게 한 자도 제1항의 형에 처한다.

제253조(위계등에 의한 촉탁살인등)

전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제250조의 예에 의한다.

제254조(미수범)

제250조, 제252조 및 제253조의 미수범은 처벌한다.

제255조(예비, 음모)

제250조와 제253조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

제256조(자격정지의 병과)

제250조, 제252조 또는 제253조의 경우에 유기징역에 처할 때에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제25장 상해와 폭행의 죄

제257조(상해, 존속상해)

- ① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.

제258조(중상해, 존속중상해)

- ① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
- ③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.

제259조(상해치사)

- ① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제260조(폭행, 존속폭행)

- ① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제261조(특수폭행)

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제262조(폭행치사상)

제260조와 제261조의 죄를 지어 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 경우에는 제257조부터 제259조까지의 예에 따른다.

제263조(동시범)

독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

제264조(상습범)

상습으로 제257조, 제258조, 제258조의2, 제260조 또는 제261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제265조(자격정지의 병과)

제257조제2항, 제258조, 제258조의2, 제260조제2항, 제261조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제26장 과실치사상의 죄

제266조(과실치상)

- ① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.

② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제267조(과실치사)

과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.

제268조(업무상과실·중과실 치사상)

업무상과실 또는 중대한 과실로 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제31장 약취(略取), 유인(誘引) 및 인신매매의 죄

제287조(미성년자의 약취, 유인)

미성년자를 약취 또는 유인한 사람은 10년 이하의 징역에 처한다.

제288조(추행 등 목적 약취, 유인 등)

- ① 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ② 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 국외에 이송할 목적으로 사람을 약취 또는 유인하거나 약취 또는 유인된 사람을 국외에 이송한 사람도 제2항과 동일한 형으로 처벌한다.

제289조(인신매매)

- ① 사람을 매매한 사람은 7년 이하의 징역에 처한다.
- ② 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 매매한 사람은 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
- ③ 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 매매한 사람은 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.
- ④ 국외에 이송할 목적으로 사람을 매매하거나 매매된 사람을 국외로 이송한 사람도 제3항과 동일한 형으로 처벌한다.

제290조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해·치상)

- ① 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해한 때에는 3년 이상 25년 이하의 징역에 처한다.
- ② 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해에 이르게 한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.

제291조(약취, 유인, 매매, 이송 등 살인·치사)

- ① 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 살해한 때에는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.
- ② 제287조부터 제289조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제32장 강간과 추행의 죄

제297조(강간)

폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제297조의2(유사강간)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

제298조(강제추행)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.

제299조(준강간, 준강제추행)

사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다.

제300조(미수범)

제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다.

제301조(강간등 상해·치상)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제301조의2(강간등 살인·치사)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제302조(미성년자등에 대한 간음)

미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로 써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제303조(업무상위력등에 의한 간음)

- ① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)

- ① 13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.
- ② 13세 이상 16세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 19세 이상의 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.

제305조의2(상습범)

상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제38장 절도와 강도의 죄

제339조(강도강간)

강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

【법규23】

화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "손해보험회사"란 「보험업법」 제4조에 따른 화재보험업의 허가를 받은 자를 말한다.
2. "특약부화재보험"이란 화재로 인한 건물의 손해와 제4조제1항에 따른 손해배상책임을 담보하는 보험을 말한다.
3. "특수건물"이란 국유건물·공유건물·교육시설·백화점·시장·의료시설·은행·호텔·숙박업소·다중이용업소·운수시설·공장·공동주택과 그 밖에 여러 사람이 출입 또는 근무하거나 거주하는 건물로서 화재의 위험이나 건물의 면적 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 건물을 말한다.

제4조(특수건물 소유자의 손해배상책임)

① 특수건물의 소유자는 그 건물의 화재로 인하여 다른 사람이 사망하거나 부상을 입었을 때에는 과실이 없는 경우에도 제8조제1항제2호에 따른 보험금액의 범위에서 그 손해를 배상할 책임이 있다. 「실화책임에 관한 법률」에도 불구하고 특수건물 소유자에게 경과실(輕過失)이 있는 경우에도 또한 같다.

② 특수건물 소유자의 손해배상책임에 관하여는 이 법에서 규정하는 것 외에는 「민법」에 따른다.

제8조(보험금액)

① 제5조에 따라 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 구분에 따른다.

1. 화재보험: 특수건물의 시가(時價)에 해당하는 금액
2. 손해배상책임을 담보하는 보험에 해당하는 부분 중 다음 각 목의 구분에 따른 금액
 - 가. 사망의 경우: 피해자 1명마다 5천만원 이상으로서 대통령령으로 정하는 금액
 - 나. 부상의 경우: 피해자 1명마다 사망자에 대한 보험금액의 범위에서 대통령령으로 정하는 금액
 - 다. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 화재 1건마다 1억원 이상으로서 국민의 안전 및 특수건물의 화재위험성 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 금액

② 제1항 제1호에 따른 시가의 결정에 관한 기준은 총리령으로 정한다.

제16조(안전점검)

① 협회는 보험계약을 체결할 때 또는 보험계약을 갱신할 때마다 해당 특수건물의 화재예방 및 소방시설의 안전점검을 하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 특수건물에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 일정 기간 안전점검을 하지 아니할 수 있다.

1. 안전점검 결과 총리령으로 정하는 화재위험도지수(「보험업법」 제176조에 따른 보험요율 산출기관

이 정한 화재위험도지수를 말한다)가 낮은 특수건물

2. 「고압가스 안전관리법」 제13조의2제1항에 따라 안전성향상계획을 작성하는 건물로서 총리령으로 정하는 위험도가 낮은 특수건물
3. 「산업안전보건법」 제44조제1항에 따라 공정안전보고서를 작성하는 건물로서 총리령으로 정하는 위험도가 낮은 특수건물
- ② 협회는 필요하다고 인정할 때에는 특약부화재보험에 가입한 특수건물에 대하여 화재예방 및 소방시설의 안전점검을 할 수 있다. 이 경우 제1항 단서를 준용한다.
- ③ 협회는 제1항 및 제2항에 따른 안전점검을 실시함에 있어 총리령으로 정하는 서식을 활용하여야 한다.
- ④ 특수건물의 소유자는 정당한 이유가 없으면 제1항과 제2항에 따른 안전점검에 응하여야 한다.
- ⑤ 특수건물의 소유자가 제1항이나 제2항에 따른 안전점검에 응하지 아니하면 협회는 소방관서의 장에게 그에 대한 안전점검을 요청할 수 있다.
- ⑥ 협회는 제1항과 제2항에 따른 안전점검을 할 때에 어떠한 명목의 비용도 받을 수 없다.
- ⑦ 협회는 제1항 및 제2항에 따른 안전점검을 실시한 경우 그 점검결과를 총리령으로 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장 및 소방관서의 장에게 통보하여야 한다. 이 경우 제17조에 따른 개선 요청이 있는 경우에는 이를 포함하여 통보하여야 한다.
- ⑧ 제1항과 제2항에 따른 안전점검은 대통령령으로 정하는 바에 따른다.

【법규24】

화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령

제2조(특수건물)

- ① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제3호에서 "대통령령으로 정하는 건물"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 건물을 말한다.
 1. 「국유재산법」 제5조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 대통령 관저(官邸)와 특수용도로 사용하는 건물로서 금융위원회가 지정하는 건물을 제외한다.
 - 1의2. 「공유재산 및 물품 관리법」 제4조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 「한국지방재정공제회법」에 따른 한국지방재정공제회(이하 "한국지방재정공제회"라 한다) 또는 「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 소유의 건물은 제외한다.
 2. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학원으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
 3. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
 4. 「관광진흥법」 제3조제1항제2호에 따른 관광숙박업으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
 5. 「공중위생관리법」 제2조제1항제2호에 따른 숙박업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
 6. 「공연법」 제2조제4호에 따른 공연장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
 7. 「방송법」 제2조제2호에 따른 방송사업을 목적으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
 8. 「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
 9. 「농수산물유통 및 가격안정에 관한 법률」 제2조제2호 및 제6호에 따른 농수산물도매시장 및 민영농수산물도매시장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.
 10. 다음 각 목의 영업으로 사용하는 부분의 바닥면적

의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

가. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제6호에 따른 게임제공업

나. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제7호에 따른 인터넷컴퓨터게임시설제공업

다. 「음악산업진흥에 관한 법률」 제2조제13호에 따른 노래연습장업

라. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호가목에 따른 휴게음식점영업

마. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호나목에 따른 일반음식점영업

바. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호다목에 따른 단란주점영업

사. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호라목에 따른 유흥주점영업

아. 「식품위생법 시행령」 제21조제9호에 따른 공유주방 운영업

11. 「초·중등교육법」 제2조 및 「고등교육법」 제2조에 따른 학교로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 건물을 제외한다.

12. 「주택법 시행령」 제3조제1항에 따른 공동주택으로서 16층 이상의 아파트 및 부속건물. 이 경우 「공동주택관리법」 제2조제1항제10호에 따른 관리주체에 의하여 관리되는 동일한 아파트단지 안에 있는 15층 이하의 아파트를 포함한다.

13. 「산업집적활성화 및 공장설립에 관한 법률」 제16조제1항에 따라 등록된 공장으로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

14. 층수가 11층 이상인 건물. 다만, 아파트(제12호에 따른 아파트는 제외한다)·창고 및 모든 층을 주차용도로 사용하는 건물과 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.

15. 「공중위생관리법」 제2조제1항제3호에 따른 목욕장업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

16. 「영화 및 비디오물의 진흥에 관한 법률」 제2조제10호에 따른 영화상영관으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

17. 「도시철도법」 제2조제3호가목에 따른 도시철도의 역사(驛舍) 및 역 시설로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 역사 및 역 시설. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 역사 및 역 시설은 제외한다.

18. 「사격 및 사격장 안전관리에 관한 법률」 제5조에 따른 실내사격장으로 사용하는 건물

② 제1항제12호 및 제14호에 따른 건물의 층수 계산방법은 「건축법 시행령」 제119조제1항제9호에 따르되, 건축

물의 옥상부분으로서 그 용도가 명백한 계단실 또는 물탱크실인 경우에는 층수로 산입하지 아니하며, 지하층은 이를 층으로 보지 아니한다.

제5조(보험금액)

① 법 제8조제1항제2호에 따라 특수건물의 소유자가 가입하여야 하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 기준을 충족하여야 한다.

1. 사망의 경우: 피해자 1명마다 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상의 경우: 피해자 1명마다 별표 1에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체에 생긴 장애(이하 "후유장애"라한다)의 경우: 피해자 1명마다 별표 2에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
4. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 사고 1건마다 10억원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 하나의 사고로 제1항제1호부터 제3호까지 중 둘 이상에 해당하게 된 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 보험금을 지급한다.

1. 부상당한 피해자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항제1호에 따른 금액과 같은 항 제2호에 따른 금액을 더한 금액
2. 부상당한 피해자에게 후유장애가 생긴 경우: 피해자 1명마다 제1항제2호에 따른 금액과 같은 항 제3호에 따른 금액을 더한 금액
3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 제1항 각 호에 따른 손해액의 범위는 총리령으로 정한다.

제8조(보험금 지급)

① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체없이 해당 보험금을 지급하여야 한다.

② 손해보험회사는 제1항에 따라 보험금을 지급하였을 때에는 지체없이 다음 각호의 사항을 보험계약자에게 통지하여야 한다.

1. 보험금의 지급청구자와 수령자의 주소 및 성명
2. 청구액과 지급액
3. 피해자의 주소 및 성명

【법규25】

화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률
시행규칙

제2조(손해액)

① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제5조제1항제1호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 사망한 때의 월급여액이나 월실수입액(月實收入額) 또는 평균임금에 장래의 취업가능 기간을 곱한 금액

2. 남자 평균임금의 100일분에 해당하는 장례비

② 영 제5조제1항제2호에 따른 손해액은 화재로 인하여 신체에 부상을 입은 경우에 그 부상을 치료하는 데에 드는 모든 비용으로 한다.

③ 영 제5조제1항제3호에 따른 손해액은 그 장애로 인한 노동력 상실 정도에 따라 피해를 입은 당시의 월급여액이나 월실수입액 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱한 금액으로 한다.

④ 영 제5조제1항제4호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 피해를 입은 당시의 그 물건의 교환가액 또는 필요한 수리를 하거나 이를 대신할 수리비

2. 제1호의 수리로 인하여 수입에 손실이 있는 경우에는 수리기간 중 그 손실액

【법규26】

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률

제1조(목적)

이 법은 호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단등결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.
6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리 사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
 - 가. 암
 - 나. 후천성면역결핍증
 - 다. 만성 폐쇄성 호흡기질환
 - 라. 만성 간경화
 - 마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환
7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "말기환자등"이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.
8. "연명의료계획서"란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.
9. "사전연명의료의향서"란 19세 이상인 사람이 자신의

연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

제37조(보험 등의 불이익 금지)

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

【법규27】

장애인복지법

제32조(장애인 등록)

① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 “법정대리인등”이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 “등록증”이라 한다)을 내주어야 한다.

② 삭제

③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도 조정을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인등에게 필요한 조치를 할 수 있다.

④ 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정(査定)에 관한 업무를 담당하게 하기 위하여 보건복지부에 장애인정위원회를 둘 수 있다.

⑤ 등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다.

⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 장애인 등록 및 제3항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도를 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다.

⑦ 삭제

⑧ 제1항 및 제3항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 장애인정위원회 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

장애인복지법 시행령

제2조(장애의 종류 및 기준)

- ① 「장애인복지법」(이하 “법”이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 “대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자”란 별표 1에서 정한 사람을 말한다.
- ② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다.

【별표1】

장애의 종류 및 기준에 따른 장애인(제2조 관련)

1. 지체장애인(肢體障礙人)
 - 가. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람
 - 나. 한 손의 엄지손가락을 지골(指骨 : 손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제1지골 관절 이상의 부위에서 잃은 사람
 - 다. 한 다리를 가로발목뼈관절(lisfranc joint) 이상의 부위에서 잃은 사람
 - 라. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람
 - 마. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람
 - 바. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람
 - 사. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람
2. 뇌병변장애인(腦病變障礙人)

뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중(腦卒中) 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람
3. 시각장애인(視覺障礙人)
 - 가. 나쁜 눈의 시력(공인된 시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람
 - 나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
 - 다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람
 - 라. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람
 - 마. 두 눈의 중심 시야에서 20도 이내에 겹보임[복시(複視)]이 있는 사람
4. 청각장애인(聽覺障礙人)
 - 가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람
 - 나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨 이상인 사람
 - 다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람
 - 라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람
5. 언어장애인(言語障礙人)

음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애

가 있는 사람

6. 지적장애인(知的障礙人)

정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불안전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람
7. 자폐성장애인(自閉性障礙人)

소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체 표현·자기조절·사회적응 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람
8. 정신장애인(精神障礙人)

다음 각 목의 장애·질환에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

 - 가. 지속적인 양극성 정동장애(情動障礙, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 조현병, 조현정동장애(調絃情動障礙) 및 재발성 우울장애
 - 나. 지속적인 치료에도 호전되지 않는 강박장애, 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애, 투렛장애(Tourette's disorder) 및 기면증
9. 신장장애인(腎臟障礙人)

신장의 기능장애로 인하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받아야 하거나 신장기능의 영속적인 장애로 인하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
10. 심장장애인(心臟障礙人)

심장의 기능부전으로 인한 호흡곤란 등의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
11. 호흡기장애인(呼吸器障礙人)

폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적 기능부전으로 인한 호흡기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
12. 간장애인(肝障礙人)

간의 만성적 기능부전과 그에 따른 합병증 등으로 인한 간기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
13. 안면장애인(顔面障礙人)

안면 부위의 변형이나 기형으로 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람
14. 장루·요루장애인(腸瘻·尿瘻障礙人)

배변기능이나 배뇨기능의 장애로 인하여 장루(腸瘻) 또는 요루(尿瘻)를 시술하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
15. 뇌전증장애인(腦電症障礙人)

뇌전증에 의한 뇌신경세포의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

제6조(등록 및 결정)

① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 “신청 대상자”라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처장에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다.

1. 「국가보훈 기본법」 제23조제1항제3호의2에 따라 발굴된 희생·공헌자의 경우
2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우
3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우

② 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제4조제1항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제1항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다.

③ 국가보훈처장은 제1항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제4조 또는 제5조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제4조제1항제3호부터 제6호까지, 제8호, 제14호 및 제15호의 국가유공자(이하 “전몰군경등”이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈처장에게 통보하여야 한다.

④ 국가보훈처장은 제3항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제74조의5에 따른 보훈심사위원회(이하 “보훈심사위원회”라 한다)의 심의·의결을 거쳐야 한다. 다만, 국가유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거치지 아니할 수 있다.

⑤ 국가보훈처장은 제4조제1항 각 호(제1호, 제2호 및 제10호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다.

⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다.

상법

제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

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

제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

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 해태함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.
- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

상법 시행령

제44조의2(타인의 생명보험)

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

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

응급의료에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.
2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급医료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.
6. "구급차등"이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다.
7. "응급의료기관등"이란 응급의료기관, 구급차등의 운전자 및 응급의료지원센터를 말한다.
8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다.

제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)

① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.

② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

응급의료에 관한 법률 시행규칙

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. [별표1]의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료 종사자가 판단하는 증상

[별표1]

응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 급성 의식장애, 급성 신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
- 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성 호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
- 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성 대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
- 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성체장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
- 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
- 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 상실
- 사. 알리지 : 얼굴 부종을 동반한 알리지 반응
- 아. 소아과적 응급증상 : 소아 경련성 장애
- 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
- 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
- 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
- 라. 출혈 : 혈관손상
- 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
- 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
- 사. 이물체에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "전자문서"란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
 - 가. 서명자의 신원
 - 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
3. "전자서명생성정보"란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
4. "전자서명수단"이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
5. "전자서명인증"이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
6. "인증서"란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
7. "전자서명인증업무"란 전자서명인증, 전자서명인증 관련 기록의 관리 등 전자서명인증서비스를 제공하는 업무를 말한다.
8. "전자서명인증사업자"란 전자서명인증업무를 하는 자를 말한다.
9. "가입자"란 전자서명생성정보에 대하여 전자서명인증사업자로부터 전자서명인증을 받은 자를 말한다.
10. "이용자"란 전자서명인증사업자가 제공하는 전자서명인증서비스를 이용하는 자를 말한다.

특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률

제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)

자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이보호구역에서 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 1년이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

형사소송법

제448조(약식명령을 할 수 있는 사건)

- ① 지방법원은 그 관할에 속한 사건에 대하여 검사의 청구가 있는 때에는 공판절차없이 약식명령으로 피고인을 벌금, 과료 또는 몰수에 처할 수 있다.
- ② 전항의 경우에는 추정 기타 부수의 처분을 할 수 있다.

제450조(보통의 심판)

약식명령의 청구가 있는 경우에 그 사건이 약식명령으로 할 수 없거나 약식명령으로 하는 것이 적당하지 아니하다고 인정한 때에는 공판절차에 의하여 심판하여야 한다.

제453조(정식재판의 청구)

- ① 검사 또는 피고인은 약식명령의 고지를 받은 날부터 7일 이내에 정식재판의 청구를 할 수 있다. 단, 피고인은 정식재판의 청구를 포기할 수 없다.
- ② 정식재판의 청구는 약식명령을 한 법원에 서면으로 제출하여야 한다.
- ③ 정식재판의 청구가 있는 때에는 법원은 지체없이 검사 또는 피고인에게 그 사유를 통지하여야 한다.

【법규37】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제5조의2(중증질환심의위원회)

- ① 중증환자에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위하여 건강보험심사평가원에 중증질환심의위원회를 둔다.
- ② 중증질환심의위원회는 보건의료분야에 관한 학식과 경험이 풍부한 45인 이내의 위원으로 구성하되, 중증질환심의위원회의 구성 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 건강보험심사평가원의 정관으로 정한다.

기타 제도성 특별약관

보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

① 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)는 이 보험료 자동납입 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

② 제1항에 따라 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 우리회사(이하 「회사」라 합니다)는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관의 제17조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

특별조건부(할증보험료법) 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

① 이 특별약관은 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 이 특별약관의 적용을 받는 보통약관 또는 특별약관은 「해당계약」이라 합니다.)

② 이 특별약관의 효력발생일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.

③ 해당계약이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조(특별조건부(할증보험료법) 특별약관의 내용)

이 특별약관은 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합하지 않아 계약체결이 불가능한 경우 이 특별약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조(특별약관의 부가조건)

① 특별약관에 따라 회사가 부가하는 계약조건은 다음과 같습니다.

- ① 회사는 계약을 체결할 때 “표준체보험료”에 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 회사에서 정한 “특별조건부 특별약관보험료”를 더하여 해당계약의 납입보험료로 결정합니다.
- ② 제1호의 “표준체보험료”라 함은 표준체위험률에 할증률을 적용하지 않고 산출한 보험료를 말합니다.
- ③ 제1호의 “특별조건부 특별약관보험료”라 함은 표준체위험률에 할증률을 적용하여 산출한 보험료와 표준체보험료와의 차액을 말합니다.

【표준체위험률】

회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합한 계약자적립액의 계산 등을 위해 회사가 정하는 위험률

【할증률】

회사가 정한 위험지수 기준에 따라 표준체위험률에 부가한 요율

② 회사는 제1항에 따라 해당계약에 부가된 조건을 보험증권에 기재하여 드립니다.

제4조(보험기간 및 보험료의 납입)

① 이 특별약관의 보험기간은 해당계약의 보험기간과 동일합니다.

② 이 특별약관의 보험료는 해당계약의 보험료 납입기간 중에 기본계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제5조(할증률의 적용)

제3조(특별약관의 부가조건) 제1항에서 정한 할증률은 해당계약 종료시까지 변동되지 않습니다. 다만, 갱신시 표준체위험을 변경에 따라 특별조건부 특별약관보험료는 변동 될 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 해당계약을 따릅니다.

사망보험금 양육연금전환 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 사망보험금 양육연금전환 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)은 피보험자의 사망을 보험금 지급사유로 하고 사망보험금을 일시에 지급하는 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)을 체결할 때 또는 체결한 이후에 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 「보험계약자」는 「계약자」, 「보험회사」는 「회사」라 합니다)
- ② 계약이 해지 또는 기타사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 피보험자의 사망으로 계약의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관의 효력은 제6조(양육연금의 운용) 제1항에서 정한 양육연금의 지급이 종료될 때까지 소멸하지 않습니다.

제2조(특별약관의 청약)

- ① 계약자는 계약의 사망보험금 지급사유 발생 전에 한하여 이 특별약관을 청약할 수 있습니다.
- ② 계약자는 이 특별약관을 청약할 때 계약의 보험수익자를 양육연금을 받는 자(이하 「수익자녀」라 합니다)로 지정 또는 변경하여야 합니다.
- ③ 계약자는 계약에서 일시에 지급되는 사망보험금의 50% 이상을 양육연금의 지급을 위한 전환금액(이하 「양육연금 전환금액」이라 합니다)으로 선택하여야 합니다.
- ④ 계약자는 수익자녀 나이 15세, 20세, 25세 중 하나를 양육연금의 지급종료나이(이하 「양육연금종료나이」라 합니다)로 선택하여야 합니다.
- ⑤ 계약자가 이 특별약관을 청약하고 회사의 승낙(이하 「특별약관의 체결」이라 합니다)이 있은 후 계약에서 사망보험금 지급사유가 발생하더라도 아래 각 호의 경우에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다.
 - ① 계약의 사망보험금 지급시 수익자녀의 나이가 이 특별약관을 체결할 때 정한 양육연금종료나이와 같거나 초과한 경우
 - ② 이 특별약관의 체결 후 수익자녀가 사망하거나 계약의 보험수익자에서 제외된 경우

제3조(수익자녀의 범위)

제2조(특별약관의 청약) 제2항의 수익자녀는 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상 자녀 중 1명으로 합니다.

제4조(계약내용의 변경)

- ① 계약자는 계약의 사망보험금 지급사유 발생 전에 한하여 회사의 승낙을 얻어 아래 각 호의 사항을 변경할 수 있습니다.
 - ① 수익자녀
 - ② 양육연금전환금액
 - ③ 양육연금종료나이
- ② 계약자가 제1항 제1호 내지 제3호의 사항을 변경하고자 할 때에는 피보험자의 동의를 얻어야 합니다.

제5조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약의 보험금 지급사유가 발생하기 전에 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제6조(양육연금의 운용)

① 회사는 제2조(특별약관의 청약) 제3항에서 정한 양육연금전환금액을 재원(이하 「양육연금재원」이라 합니다)으로 양육연금의 지급기간동안 동일한 금액(이하 「양육연금」이라 합니다)을 매년 보험금 지급사유 발생일에 수익자녀에게 지급합니다. 이 경우 미지급된 양육연금재원에 대해서 계약의 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

② 제1항의 양육연금의 지급기간(이하 「양육연금지급기간」이라 합니다)이라 함은 제2조(특별약관의 청약) 제4항의 양육연금종료나이에서 계약의 사망보험금 지급시 수익자녀의 나이를 뺀 기간을 말합니다.

③ 양육연금지급기간 중 수익자녀의 나이에 따른 제한사항은 아래와 같습니다.

① 수익자녀의 나이가 만20세 미만인 경우 수익자녀는 미지급 양육연금을 일시에 지급하는 금액으로 수령할 수 없습니다.

② 수익자녀의 나이가 만20세 이상인 경우 수익자녀는 미지급 양육연금을 일시에 지급하는 금액으로 수령할 수 있으며 이 때 그 일시에 지급하는 금액은 계약의 평균공시이율로 할인한 금액으로 합니다.

④ 제3항 제1호에도 불구하고 수익자녀가 양육연금지급기간 중 사망한 경우에는 미지급 양육연금을 수익자녀의 법정 상속인에게 일시에 지급하는 금액으로 지급하며 그 일시에 지급하는 금액은 계약의 평균공시이율로 할인한 금액으로 합니다.

⑤ 수익자녀 또는 수익자녀의 법정대리인은 제3항 제2호의 경우를 제외하고 양육연금지급기간 중 미지급 양육연금에 대해서 계약의 보통약관에 따라 일시에 지급하는 금액의 청구나 보험금수령방법의 변경에 관한 권리를 행사할 수 없습니다.

제7조(나이의 계산 및 적용)

① 제2조(특별약관의 청약) 제4항 내지 제5항 및 제6조(양육연금의 운용) 제2항의 나이는 수익자녀의 보험나이를 기준으로 합니다.

② 제1항의 보험나이는 보험금 지급사유 발생일 현재 수익자녀의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 계산하며, 이후 매년 보험금 지급사유 발생일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제6조(양육연금의 운용) 제3항의 나이는 수익자녀의 실제 만나이를 기준으로 합니다.

제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

① 이 특별약관의 보험료는 없습니다.

② 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 이 특별약관의 청약을 승낙한 날로 합니다.

제9조(해지된 특별약관의 부활)

① 회사는 이 특별약관의 부활 청약을 받은 경우에는 계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 계약의 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활을 취급합니다.

② 계약의 부활을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특별약관도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특별약관을 부활하는 경우의 보장개시일은 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 따릅니다.

제10조(보험금의 청구)

수익자녀, 수익자녀의 법정대리인은 아래 각 호의 서류를 제출하고 양육연금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상 자녀임을 확인할 수 있는 서류

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인인 아니면 본인의 인감증명서 포함)

④ 수익자녀의 법정대리인의 경우 법정대리인임을 확인할 수 있는 서류

⑤ 기타 수익자녀가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제11조(보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제10조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 양육연금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구제적 사유와 지급예정일을 계약자 또는 수익자녀에게 서면으로 통지합니다.

③ 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 수익자녀의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 계약의 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관(이하 「특약」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다), 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 계약자의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 부가되어집니다.

② 제1조(적용대상)의 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)이 해지 또는 기타 사유에 따라 효력이 없게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)을 2인 이내(2인 지정시 대표대리인을 지정)에서 지정(제4조에 따른 변경지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1에 해당하여야 합니다.

- ① 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
- ② 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

② 회사는 제1항의 지정대리청구인 변경 지정시 계약자의 지정 편의를 위해 가족관계서류의 수령을 생략할 수 있습니다.

제5조(보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이

지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

장애인전용보험전환 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

① 이 특별약관은 보험회사(이하 「회사」라 합니다)가 정한 방법에 따라 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 「전환대상계약」이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

- ① 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

【소득세법 제59조의4(특별세액공제)】

- ① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.
 1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
 2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

【소득세법 시행령 제118조의4(보험료의 세액공제)】

- ① 법 제59조의4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.
- ② 법 제59조의4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.
 1. 생명보험
 2. 상해보험
 3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
 4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
 5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
 6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

【소득세법 시행규칙 제61조의3(공제대상보험료의 범위)】

영 제118조의4 제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

- ② 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제 1항」에서 규정한 장애인인 보험

【「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서 규정한 장애인】

- ① 법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.
 1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
 2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
 3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

【소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위)】

- ① 영 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

【이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시】

- ① 전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
: 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
- ② 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
: 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
- ③ 전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우
: 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

② 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제2조 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그 때부터 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 서식」에 의한 장애인 증명서의 원본 또는 사본(이하, 「장애인 증명서」라 합니다)을 제출하여 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1항

의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항 따라 회사에 제출할 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 전환계약을 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

【예시】

2023년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2023년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2023년 1월 15일 ~ 2023년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2023년 6월 1일 ~ 2023년 12월 31일) 납입된 보험료만 2023년 특별세액공제 대상이 됩니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

【예시】

2023년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2023년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2023년 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 전환대상계약의 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.

② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 「보통약관」이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.
- ② 보통약관이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없게된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- ③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보통약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급하며, 보험료 납입면제 사유에 해당하는 경우 보험료의 납입을 면제합니다.
- ② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)에 정한 원동기장치자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함합니다.)를 포함합니다. (다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

【용어풀이】

퍼스널모빌리티(세그웨이, 전동휠, 전동킥보드 등)는 자동차관리법에서 정한 「이륜자동차」, 도로교통법에서 정한 「원동기장치자전거」에 포함됩니다.

- ③ 제2항에서 “그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차”는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.

1. 이륜인 자동차에 축차를 붙인 자동차
2. 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차
- ④ 제2항 및 제3항에서 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함) 변경시 변경된 내용을 적용합니다.
- ⑤ 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 경우 그 보험금 지급사유가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 보험금 지급사유인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할경찰서에서 발행하는 사고처리확인원등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

【자동차관리법 시행규칙 제2조(자동차의 종별 구분)】

「자동차관리법」 (이하 "법"이라 한다) 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표1과 같이 구분한다.

【별표1】 자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형	소형	중형	대형
이륜자동차	배기량이 50cc 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것	배기량이 100cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 100cc 초과 260cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260cc (최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
이륜 자 동 차	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

와트 이하)의 원동기를 단 차(「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호의2에 따른 전기자전거 및 제21호의3에 따른 실외이동로봇은 제외한다)

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
 - 나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.
 - 1) 이륜인 자동차에 축차를 붙인 자동차
 - 2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
 - 3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차
2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.
 - 가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.
 - 나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.
 - 다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

【도로교통법 제2조(정의)】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

19. "원동기장치자전거"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 차를 말한다.
 - 가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 이륜자동차 가운데 배기량 125cc 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 이륜자동차
 - 나. 그 밖에 배기량 125cc 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로

전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 전자서명 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 「보통약관」이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.(이하 「보험계약자」는 「계약자」, 「보험회사」는 「회사」라 합니다)

② 이 특별약관을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명(이하 「전자서명」이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관 제19조(약관교부 및 설명의무 등) 제2항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

【전자서명법 제2조(정의)】

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
- 가. 서명자의 신원
 - 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

제3조(약관교부의 특례)

① 계약자가 원하는 방법에 따라 설명서, 약관 및 계약자 보관용 청약서 등(보험증권은 제외하며, 이하 「계약 안내자료」라 합니다)을 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

② 계약자가 계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날부터 5영업일 이내에 계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(보험계약자의 알릴 의무)

① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 및 전자적 의사표시로 제공될 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 및 전자적 의사표시로 제공될 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.

다.

③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 및 전자적 의사표시로 제공될 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 및 전자적 의사표시로 제공될 주소로 계약 안내자료를 드림으로써 회사의 계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 및 전자적 의사표시로 제공될 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아서 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)에 부가하여 이루어집니다.

② 제1항에 따라 이 특약을 부가할 때 피보험자의 과거 병력과 의학적으로 또는 경험통계적으로 인과관계가 유의성 있게 확인된 경우 등과 같이 회사가 정한 기준에 따라 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 부담보 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

③ 이 특별약관의 보장개시일은 보통약관 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

④ 계약이 해지, 기타사유에 따라 효력이 없는 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

- ① 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
- ② 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

① 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 【별표1(특정신체부위·질병 분류표)】중에서 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

- ① 회사가 지정한 신체부위(이하 「특정신체부위」라 합니다)에 진단확정된 질병(【별표 1-1(특정신체부위 분류표)】) 또는 특정신체부위에 진단확정된 질병의 전이로 인하여 특

정신체부위 이외의 신체부위에 진단확정된 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)

- ② 회사가 지정한 질병(이하 「특정질병」이라 합니다)(【별표1-2(특정질병 분류표)】)

② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1개월부터 5년」 또는 「계약의 보험기간」(단, 계약이 갱신 또는 재가입 계약인 경우 최초 계약일로부터 최종 갱신 또는 재가입 계약의 종료일까지의 기간을 말하며, 이하 「계약의 보험기간」이라 합니다)으로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제2항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을 「계약의 보험기간」으로 적용한 경우 계약 청약일로부터 5년 이내에 제1항 제1호 또는 제1항 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않으면 계약 청약일로부터 5년이 경과한 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다.

④ 제3항의 재진단 또는 치료를 받지 않는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

- ① 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
- ② 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑤ 제3항의 「계약 청약일로부터 5년 이내」라 함은 보통약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말하며, 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 합니다.

⑥ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 어느 하나의 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 회사는 보험금을 지급하여 드리며, 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

- ① 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 진단확정된 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 진단확정된 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
- ② 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 진단확정된 특정질병 이외의 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
- ③ 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한

경우

- ④ 제1항 제1호에서 정한 진단확정된 질병 또는 제1항 제2호에서 지정한 특정질병으로 인하여 사망하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ⑤ 제1항 제1호에서 정한 진단확정된 질병 또는 제1항 제2호에서 지정한 특정질병으로 【별표 2(장해분류표)】에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되어 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
- ⑦ 피보험자가 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자에게 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생했을 경우, 그 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 특정신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑨ 제1항 제1호의 특정신체부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 준용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

【별표1】

특정신체부위 · 질병 분류표

【별표1-1】 특정신체부위 분류표

구분	특정신체부위
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자) 및 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	체장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 결굴) 포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
16	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
17	신장
18	부신
19	요관, 방광 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
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)

구분	특정신체부위
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 팔꿈치관절
43	오른쪽 팔꿈치관절
44	왼쪽 고관절
45	오른쪽 고관절
46	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
47	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
48	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
49	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
50	왼쪽 무릎관절
51	오른쪽 무릎관절
52	상 · 하악골(위턱뼈 · 아래턱뼈)
53	쇄골
54	늑골(갈비뼈)
55	골반부(장골, 좌골, 치골 포함)
56	안외골

【별표1-2】 특정질병 분류표

1. 약관에 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 정하는 특정질병 해당여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호	항목명
57	척추 질환 (경추, 흉추, 요추, 천추, 미추 부위의 척추 질환)	M40	척추후만증 및 척추전만증
		M41	척추측만증
		M42	척추굴연골증
		M43	기타 변형성 등병증
		M45	강직성 척추염
		M46	기타 염증성 척추병증
		M47	척추증
		M48	기타 척추병증
		M49	달리 분류된 질환에서의 척추병증
		M50	경추간판장애
		M51	기타 추간판 장애
		M53	달리 분류되지 않은 기타 등병증
		M54	등통증
58	연골증, 관절증, 관절염	M00	화농성 관절염
		M01	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염
		M02	반응성 관절병증
		M03	달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증
		M05	혈청검사양성 류마티스관절염
		M06	기타 류마티스 관절염
		M07	건선성 및 장병성 관절병증
		M08	연소성 관절염
		M09	달리 분류된 질환에서의 연소성 관절염
		M10	통풍
		M11	기타 결정 관절병증
		M12	기타 특이성 관절병증
		M13	기타 관절염
		M14	달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근중관절의 관절증
		M19	기타 관절증
		M93	기타 골연골병증
		M94	연골의 기타 장애

구분	대상질병	분류번호	항목명
59	심장질환	I00	심장 침범에 대한 언급이 없는 류마티스열
		I01	심장 침범이 있는 류마티스 열
		I02	류마티스 무도병
		I05	류마티스성 승모판질환
		I06	류마티스성 대동맥판질환
		I07	류마티스성 삼첨판질환
		I08	다발 판막 질환
		I09	기타 류마티스 심장 질환
		I20	협심증
		I21	급성 심근경색증
		I22	후속심근경색증
		I23	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증
		I24	기타 급성 허혈심장질환
		I25	만성 허혈심장병
		I26	폐 색전증
		I27	기타 폐성 심장 질환
		I28	폐혈관의 기타 질환
		I30	급성 심장막염
		I31	심장막의 기타 질환
		I32	달리 분류된 질환에서의 심장막염
		I33	급성 및 아급성 심내막염
		I34	비류마티스성 승모판장애
		I35	비류마티스성 대동맥판장애
		I36	비류마티스성 삼첨판장애
		I37	폐동맥판 장애
		I38	상세불명 판막의 심내막염
		I39	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애
		I40	급성 심근염
		I41	달리 분류된 질환에서의 심근염
		I42	심근병증
		I43	달리 분류된 질환에서의 심근병증
		I44	방실 차단 및 좌각 차단
		I45	기타 전도 장애
		I46	심장정지
		I47	발작성 빈맥
		I48	심방 세동 및 조동
		I49	기타 심장부정맥
		I50	심부전
		I51	심장병의 불명확한 기록 및 합병증
		I52	달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애

구분	대상질병	분류번호	항목명
60	뇌혈관질환	I60	거미막하출혈
		I61	뇌내출혈
		I62	기타 비외상성 두개내 출혈
		I63	뇌경색증
		I64	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중
		I65	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착
		I66	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착
		I67	기타 뇌혈관 질환
		I68	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애
		I69	뇌혈관 질환의 후유증
61	고혈압	G45	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군
		G46	뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군
		I10	본태성(원발성) 고혈압
		I11	고혈압성 심장병
		I12	고혈압성 신장병
62	당뇨병	I13	고혈압성 심장 및 신장병
		I15	이차성 고혈압
		E10	1형 당뇨병
		E11	2형 당뇨병
		E12	영양실조-관련 당뇨병
		E13	기타 명시된 당뇨병
63	결핵	E14	상세불명의 당뇨병
		Q24	임신중 당뇨병
		A15	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵
		A16	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵
		A17	신경계통의 결핵
64	하지정맥류	A18	기타 기관의 결핵
		A19	좁쌀 결핵
		I80	정맥염 및 혈전정맥염
65	자궁내막증	I83	하지의 정맥류
		I87	정맥의 기타 장애
		N80	자궁내막증
66	골반염	N70	난관염 및 난소염
		N71	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환
		N72	자궁경부의 염증성 질환
		N73	기타 여성 골반 염증성 질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증 장애

구분	대상질병	분류번호	항목명
67	요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
		N21	하부 요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
		N23	상세불명의 신장 급통증
68	고지혈증	E78	지질단백질 대사장애 및 기타 지질증
69	임신중독증	O11	만성 고혈압에 겹친 전자간
		O12	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임산-유발] 부종 및 단백뇨
		O13	임신[임산-유발]고혈압
		O14	전자간
		O15	자간
70	자궁근종	D25	자궁의 평활근종
71	암	C00-C14	입술, 구강 및 인두의 악성 신생물
		C15-C26	소화기관의 악성신생물
		C30-C39	호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물
		C40-C41	골 및 관절연골의 악성신생물
		C43	피부의 악성 흑색종
		C45-C49	종피성 및 연조직의 악성신생물
		C50	유방의 악성신생물
		C51-C58	여성 생식기관의 악성 신생물
		C60-C63	남성 생식기관의 악성 신생물
		C64-C68	요로의 악성 신생물
		C69-C72	눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물
		C74	부신의 악성신생물
		C75	기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물
		C76-C80	불명확한, 이차성 및 상세 불명 부위의 악성신생물
		C81-C96	림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물
		C97	독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물
		D45	진성 적혈구증가증
		D46	골수 형성이상 증후군
		D47.1	만성 골수증식 질환
		D47.3	본태성(출혈성) 혈소판혈증
		D47.4	골수성유증
		D47.5	만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]
72	담석증	K80	담석증

구분	대상질병	분류번호	항목명
73	골관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청감사 양성 류마티스 관 절염
		M06	기타 류마티스 관절염
		M08	연소성 관절염
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근중수관절의 관절증
		M19	기타 관절증
74	통풍	E79	퓨린 및 피리미딘 대사 장애
		M10	통풍
75	사시	H49	마비성 사시
		H50	기타 사시
		H51	양안운동의 기타 장애
76	백내장	H25	노년 백내장
		H26	기타 백내장
		H27	수정체의 기타 장애
77	탈장 (음낭수종 포함)	K40	사타구니 탈장
		K41	대퇴 탈장
		K42	배꼽 탈장
		K43	복벽 탈장
		K44	횡경막 탈장
		K45	기타 복부탈장
		K46	상세불명의 복부탈장
		N43	음낭수종 및 정액류
78	복막의 질환	K65	복막염
		K66	복막의 기타 장애
		K67	달리 분류된 감염성 질환에 서의 복막의 장애
79	골다공증	M80	병적 골절을 동반한 골다공증
		M81	병적 골절이 없는 골다공증
		M82	달리 분류된 질환에서의 골 다공증
80	천식	J45	천식
		J46	천식지속 상태
81	유산	N96	습관적 유산자
		000	자궁외 임신
		001	포상기태
		002	기타 비정상적 수태부산물
		003	자연 유산
		004	의학적 유산
		005	기타 유산
		006	상세불명의 유산
		007	시도된 유산의 실패
		008	유산, 자궁외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증
		020	초기 임신중 출혈

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 정하는 특정질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 정하는 특정질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 정하는 특정질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

무배당 갱신형 가족일상생활중배상책임보장
특별약관2404

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

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

○ 배상책임 관련 보장

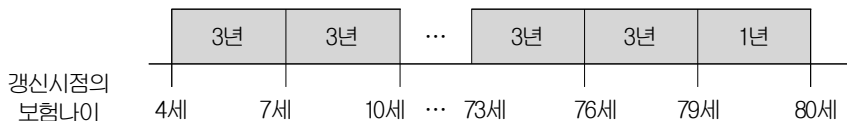
- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

○ 갱신행 보장

- 자동갱신 적용대상 특별약관(갱신행 보장)의 보험기간은 3년만기(단, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료 보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초가입 후 3년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【갱신행 보장의 보험기간】

4세 피보험자가 갱신종료연령을 80세로하여 갱신행 보장을 가입하는 경우



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

2. 해약환급금 관련 유의사항

- 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 충도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신행 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.
- 계약의 해약환급금은 보험금 지급이나 계약체결/관리비용 지출 등으로 인하여 납입하신 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

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

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

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

3. 계약취소

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

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

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

4. 계약의 무효(배상책임보장 관련)

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

5. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

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

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

6. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

7. 계약 전 · 후 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.
- 2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.
 - 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 - 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 - 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- 3) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
 - ※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

8 보험금의 지급(배상책임보장 관련)

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

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

9. 대위권

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

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

보험용어 해설

○ 보험약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

○ 보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관 보험료와 추가특별약관이 부가된 경우에는 추가특별약관 보험료의 합계액을 말합니다.

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

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

○ 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출 방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

○ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

무배당 갱신형 가족일상생활중배상책임보장 특별약관2404

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 갱신형 가족일상생활중배상책임보장 특별약관 2404(이하 「특별약관」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 이 특별약관이 부가된 계약(이하 「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 소멸된 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약관계 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
피보험자	보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

② 알릴의무 관련 용어

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

③ 보상 관련 용어

용어	정의
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
신체장해	신체장해라 함은 신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.

용어	정의
재물손해	재물손해라 함은 아래와 같습니다. ① 물리적으로 망가뜨려진 유체물(有體物)의 직접손해 ② 물리적으로 망가뜨려진 유체물(有體物)의 사용불능으로 생긴 간접손해 ③ 물리적으로 망가뜨려지지 않은 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해
사고	사고라 함은 급격하게 발생하는 것을 포함하여 위험이 서서히, 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 신체장해나 재물손해를 말합니다.
1회의 사고	1회의 사고라 함은 하나의 원인 또는 사실상 같은 종류의 위험에 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 사고로서 피보험자나 피해자의 수 또는 손해배상청구의 수에 관계없이 1회의 사고로 봅니다.
배상책임	보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생한 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
법률상의 배상책임	법률상의 배상책임이라 함은 법률규정에 따른 배상책임을 말하며 계약에 의하여 법률규정보다 가중된 배상책임(계약상의 가중책임)은 제외합니다.
보상 한도액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
자기 부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
보험금 분담	이 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.

④ 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균공시 이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.75%입니다.

계약자 적립액	장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
해약 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

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

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

5] 기간과 날짜 관련 용어

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

6] 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	이 계약에서 정한 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보상하는 손해)

이 계약의 보상하는 손해는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임은 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ④ 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ⑤ 제4호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해

【핵연료물질】 : 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 : 원자핵분열 생성물을 포함합니다.

② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
- ② 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
- ③ 피보험자의 피고용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장애로 인한 배상책임
- ④ 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
- ⑤ 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
- ⑥ 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 보상합니다.
- ⑦ 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
- ⑧ 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
- ⑨ 항공기, 선박, 차량(이륜자동차 및 이에 준하여 원동력이 인력에 의하지 않고 전동장치에 의해 움직이는 모든 개인형 이동장치(전동휠, 전동자전거, 전동킥보드 등)를 포함합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
- ⑩ 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
- ⑪ 폭력행위로 인한 배상책임
- ⑫ 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ⑬ 전자파, 전기장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
- ⑭ 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

【심신상실】

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

제5조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

- ① 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
- ② 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
- ③ 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각 호의 통지를 게을

리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 손해 및 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

- ① 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
- ② 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
- ③ 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

【상법 제657조(보험사고발생의 통지의무)】

- ① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
- ② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 태대함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

【공탁보증보험료】

가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해서 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료를 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 보험금 청구서(회사양식)
- ② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ③ 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 명하는 서류
- ④ 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

② 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 「지급기일」이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않

았 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

제8조(의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제9조(보험금의 분담)를 따릅니다.
- ② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.
- ③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 의무보험에서 보상하는 금액으로 봅니다.

제9조(보험금의 분담)

- ① 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 따른 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제10조(손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
 - ① 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
 - ② 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 조치를 취하는 일
 - ③ 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회

사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 그 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

- ① 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
- ② 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
- ③ 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위로 증가된 손해

제11조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

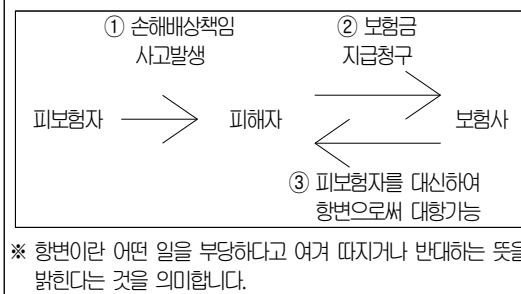
① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 따라 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않은 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

【손해배상청구에 대한 회사의 해결 예시】



제12조(합의·절충·중재·소송의 협조대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

【보상책임을 지는 한도】

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

① 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때

② 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않은 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제13조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

① 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권

② 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

⑤ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 임대차계약을 체결하는 등 거주를 허락한 자(이하 「임차인등」이라 합니다)에 대한 것으로, 임차인등이 보험료를 납부하는 경우 임차인등 및 이들과 생계를 같이하는 가족에 대한 대위권을 포기합니다. 다만, 손해가 임차인등 및 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제14조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보상하는 손해가 발생한 후에는 피보험자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또

는 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 환인한 금액을 지급합니다.

제15조(주소변경통지)

① 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 피보험자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 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.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다.

【계약 전 알릴 의무】

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

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

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

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제17조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

① 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때

② 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

③ 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 위험이 감소 또는 증가된 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 이때 회사가 지급해야 할 금액이 있으면 계약자에게 지급하고, 부족한 금액이 있을 때에는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.

제18조(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 고의 또는 중대한 과실로 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제17조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 사실로 알지 못하였을 때

② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때

③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

④ 보험설계사가 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 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동

의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 손해가 제1항 제1호 또는 제2호에 해당되는 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 보상합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 잔후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제19조(양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동의한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제20조(사기에 의한 계약)

① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

③ 보험료 납입이 면제된 경우 제2항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제21조(보험계약의 성립)

① 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우 청약일부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

③ 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 취소하여 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제22조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】

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

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

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

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

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

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

제23조(약관교부 및 설명의무 등)

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

① 서면교부

② 우편 또는 전자우편

③ 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

【약관의 중요한 내용예시】

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

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

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

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

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

【자필서명】

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

"전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

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

- ① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우

- ② 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

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

【보험계약대출이율】

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

제24조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제25조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

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

【부가설명】

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

③ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제42조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

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

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제26조(조사)

① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제27조(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.

【타인을 위한 계약】

계약자가 타인의 보험이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제28조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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

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

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2023년 4월 14일
⇒ 2023년 4월 14일 - 1988년 10월 2일 = 34년 6월 12일 = 35세

【계약해당일】

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

예시) 계약일 : 2020년 10월 1일 → 계약해당일 : 10월 1일

계약일 : 2020년 2월 29일 → 계약해당일 : 2월 말일

제29조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 「사망」에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

② 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전정종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

제30조(특별약관의 자동갱신)

① 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

② 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하 「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

③ 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이

를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만 인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

제31조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해 제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완 료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험 기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최 고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다) 으로 정하여 계약자(타인)을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보 험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝 나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회 사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보 험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니 다.

제32조(자동갱신 적용)

① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등 을 적용합니다.

② 회사는 제30조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제 한 사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신 전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용 을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하 여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제33조(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 경 우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신 청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사 유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험 료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1 회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이 라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1 회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 제30조(특별약관의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우 갱신보장계약의 보장개시는 갱신일 당일부 터 개시됩니다.

④ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당 되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 제16조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피 보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발 생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 제4조(보상하지 않는 손해), 제20조(사기에 의한 계 약) 및 제24조(계약의 무효)의 규정을 준용하여 회 사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

제34조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여 야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영 수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함 합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제35조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독 촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험 료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제43조 (보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료 가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으 로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신 청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약 자에게 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 기간 은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후 의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1 항에 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 제42조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험 상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간까지 연체 보험료를 납입하여야 한다는 내용

② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제42조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제37조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환

급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴 의무), 제18조(알릴 의무 위반의 효과), 제20조(사기에 의한 계약), 제21조(보험계약의 성립), 제33조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때(2회 이상 부활이 이루어진 경우 중전 모든 부활 청약 포함) 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제18조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제38조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제25조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행관원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제39조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제42조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제39조의1(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제42조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성 원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제40조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 - ① 계약자 또는 피보험자가 보험금을 지급받을 목적으로 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 이에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제42조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제41조(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 제42조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제42조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제39조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제43조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금, 적립부분 해약환급금 전액 인출 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금

과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 회사는 제36조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제44조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제45조(분쟁의 조정)

① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제46조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제47조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2023년 4월 1일에 발생하였음에도 2026년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제48조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제49조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】

계약의 청약의 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제50조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우

② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우

③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요 없어지는 경우

④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로

납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제51조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제52조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제53조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제54조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 5천만원까지(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 5천만원까지 보호됩니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

본 보험회사가 예금등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 별도로 최고 5천만원까지 보호합니다.(단, 연금저축보험은 다른 예금보호 대상 금융상품과는 별도로 1인당 최고 5천만원까지 보호)

제2절 보장조항

2-1. 갱신행 가족일상생활중배상책임(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 제4항에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 열거하는 사고(이하 「사고」라 합니다)로 피해자에게 신체의 장애에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대인 배상책임」이라 합니다) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하 「배상책임손해」라 합니다)를 보상합니다.

- ① 피보험자가 살고있는 주택(이하 「거주주택」이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 거주를 허락한 자가 살고 있는 주택(이하 「소유주택」이라 합니다) 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
- ② 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
- ③ 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함
- ④ 제1호의 주택은 부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다.

② 피보험자의 거주 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

③ 제1절 일반조항 제4조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주주택 또는 실제 소유주택이 다르게 된 경우에는 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 또는 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

④ 제1항의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 그 가족을 말합니다.

- ① 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자 본인」이라 합니다)
- ② 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하 「배우자」라 합니다)
- ③ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제 777조)
- ④ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거중인 미혼자녀

【민법 제777조(친족의 범위)】

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌이내의 혈족
2. 4촌이내의 인척
3. 배우자

⑤ 위 제4항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

⑥ 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

- ① 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
- ② 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - ㉠ 피보험자가 제1절 일반조항 제10조(손해방지의무)의 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - ㉡ 피보험자가 제1절 일반조항 제10조(손해방지의무)의 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - ㉢ 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - ㉣ 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
 - ㉤ 피보험자가 제1절 일반조항 제11조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)의 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용
- ⑦ 회사는 제6항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다.
 - ① 제6항 제1호의 손해배상금: 1억원 한도로 보상하되, 매회의 사고마다 자기부담금(「대물 배상책임」은 20만원, 「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 「대물 배상책임」 및 「대인 배상책임」 손해를 더한 금액을 보상합니다.
 - ② 제6항 제2호 ㉠, ㉡ 또는 ㉢의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
 - ③ 제6항 제2호 ㉣ 또는 ㉤의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 1억원 한도 내에서 보상합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-2. 갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅲ)보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 제4항에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 열거하는 사고(이하 「사고」라 합니다)로 피해자에게 신체의 장애에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대인 배상책임」이라 합니다) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하 「배상책임손해」라 합니다)를 보상합니다.

- ① 피보험자가 살고있는 주택(이하 「거주주택」이라 합니다)과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 거주를 허락한 자가 살고 있는 주택(이하 「소유주택」이라 합니다) 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
- ② 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
- ③ 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함
- ④ 제1호의 주택은 부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다.

② 피보험자의 거주 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

③ 제1절 일반조항 제4조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주주택 또는 실제 소유주택이 다르게 된 경우에는 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 또는 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

④ 제1항의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 그 가족을 말합니다.

- ① 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자 본인」이라 합니다)
- ② 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하 「배우자」라 합니다)
- ③ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제 777조)
- ④ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거중인 미혼자녀

【민법 제777조(친족의 범위)】

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌이내의 혈족
2. 4촌이내의 인척
3. 배우자

⑤ 위 제4항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

⑥ 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

- ① 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
- ② 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - ㉠ 피보험자가 제1절 일반조항 제10조(손해방지의무)의 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - ㉡ 피보험자가 제1절 일반조항 제10조(손해방지의무)의 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - ㉢ 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - ㉣ 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
 - ㉤ 피보험자가 제1절 일반조항 제11조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)의 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

⑦ 회사는 제6항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다.

- ① 제6항 제1호의 손해배상금: 1억원 한도로 보상하되, 매회의 사고마다 자기부담금(「대물 배상책임」은 누수사고인 경우 50만원/누수 이외의 사고인 경우 20만원, 「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 「대물 배상책임」 및 「대인 배상책임」 손해를 더한 금액을 보상합니다.
- ② 제6항 제2호 ㉠, ㉡ 또는 ㉢의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
- ③ 제6항 제2호 ㉣ 또는 ㉤의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 1억원 한도 내에서 보상합니다.

⑧ 제7항의 「누수사고」라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로

됩니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【별표】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(특별약관 제7조 제2항 및 제42조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (특별약관 제42조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 갱신형 간병인지원
일반상해입원일당보장 특별약관2405

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

○ 갱신형 보장

- 자동갱신 적용대상 특별약관의 보험기간은 10년만기(단, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초가입 후 10년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【자동갱신 적용대상특약의 보험기간(예시: 10년)】

33세 피보험자가 갱신종료보험나이를 100세로 하여 갱신형 보장을 가입하는 경우



- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 위험률의 변동 등)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

○ 태아가입보험

- 보험계약을 체결할 때 피보험자로 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우 출생을 조건으로 보험계약 체결시점에 소급하여 피보험자가 됩니다.
- 태아가 복수로 출생한 경우 계약자는 피보험자 각각을 지정할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 입원 관련 보장

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세 미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음

성낙음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

8. 계약 전 · 후 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.
 - 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
 - ① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - (1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - (2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - (3) 현재의 직업을 그만둔 경우
 - ② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 - ③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 - ④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)
 - 보험의 목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우, 보험의 목적을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
 - 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 경우 또는 변경이 생겼음을 알게 된 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
- 3) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
 - ※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

○ 약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨

○ 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출 방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

○ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

**무배당 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당보장
특별약관2405**

제 1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당보장 특별약관2405(이하 「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하 「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험 수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강 진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균공시 이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.75%입니다.
계약자 적립액	장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
해약 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

원금 100원 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

④ 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 특별약관의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 특별약관의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- ① 소송제기
- ② 분쟁조정 신청
- ③ 수사기관의 조사
- ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
- ⑥ 제2절 보장조항의 각 보험금 지급에 관한 세부규정에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.

④ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환

급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제12조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

- ① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 3) 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】

- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분 에 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

- ② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
- ③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운

전자로 변경 등

- ④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용 등)으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 「정산금액」이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

【위험변경시 해약환급금 정산】

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 해약환급금미지급형의 경우에도 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 「변경전 요율」이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

【비례보상 예시】

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1급 → 2급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경 전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우

· 상해사망 가입금액 : 1억원

· 상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5

⇒ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원 × (0.3 ÷ 0.5) = 6천만원

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경 후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

【중대한 과실】

주의의무의 위반이 현저한 과실, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조치 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

- ① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
- ② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

- ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 사실로 알지 못하였을 때
- ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
- ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
- ④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
- ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행

위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑧ 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제16조(사기에 의한 계약)

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제17조(보험계약의 성립)

① 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승

낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

① 서면교부

② 우편 또는 전자우편

③ 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

【약관의 중요한 내용에서】

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

"전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우

② 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자

의 법정상속인인 계약일 경우

- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수 보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과 기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

제20조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- ② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- ③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방

지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제21조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ① 보험종목
- ② 보험기간
- ③ 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
- ④ 계약자, 피보험자
- ⑤ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

- ③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

- ④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다. (이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

㉔ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

㉕ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제22조(보험나이 등)

㉑ 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

㉒ 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.

㉓ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일

현재(계약일) : 2023년 4월 14일

→ 2023년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
= 34년 6월 12일 = 35세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일
→ 계약해당일 : 10월 1일

예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일
→ 계약해당일 : 2월 말일

제23조(특별약관의 소멸)

이 계약의 특별약관의 소멸사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제24조(특별약관의 자동갱신)

㉑ 이 특별약관의 보험기간은 보험증권에 기재된 보험기간으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

㉒ 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 갱신될 계약(이하 「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날 회사가 정한 기간내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
- ③ 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

제25조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해지)

㉑ 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

㉒ 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제26조(자동갱신 적용)

㉑ 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정된 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

㉒ 회사는 제24조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

㉑ 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

㉒ 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 제24조(특별약관의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우 갱신보장계약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

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.

제28조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)

주계약의 보장보험료의 납입이 면제된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 면제하지 않습니다.

제29조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제37조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의

회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제32조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우, 출생예정일 이후 해지하였으나 태아가 출생 전이면 출생예정일 이후에 해당하는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

③ 제2항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 「태아가 출생하기 전」임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

④ 제20조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조의1(위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련 규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약체결에 대한 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제36조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당관유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제34조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
- ① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
- ② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【예시】

입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제35조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제36조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1(보

험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제33조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제37조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제38조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제39조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제40조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제41조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2023년 4월 1일에 발생하였음에도 2026년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제42조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제43조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】

계약의 청약의 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제44조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우

② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우

③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필

요가 없어지는 경우

④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제45조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는에도 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 보통인이자라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제46조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제47조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제48조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 5천만원까지(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 5천만원까지 보호됩니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

본 보험회사가 예금등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 별도로 최고 5천만원까지 보호합니다.(단, 연금저축보험은 다른 예금보호대상 금융상품과는 별도로 1인당 최고 5천만원까지 보호)

제2절 보장조항

1. 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(1)(1일이상 180일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 간병이 필요하여 간병인을 지원받기를 원할 경우 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드리며, 이때 제1항의 일반상해입원일당은 지급하지 않습니다. 이 경우 제1절 일반조항 제11조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제6항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.

③ 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에 회사는 제2항의 간병인 지원 및 간병인 사용비용 지급을 하지 않습니다.

④ 제2항의 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

⑤ 제4항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

⑥ 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.

⑦ 제2항에 따라 간병인을 지원받기를 원할 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인 사용비용을 지급하지 않고 일반상해입원일당으로 지급합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한

방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 일반상해입원일당의 지급일수 또는 간병인의 지원일수 합계는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

【일반상해입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수(예시)】



- ③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.
- ④ 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.
- ⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 단서조항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사 양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
- ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
- ⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ⑨ 제8항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.
- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
 - ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
 - ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 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, 공공도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 아래에 해당하는 특별약관으로 변경하여 드립니다.

가입 특별약관	변경 특별약관
갱신형 간병인지원 일반상해 입원일당(1)(1일이상 180일 한도)보장 특별약관	갱신형 일반상해입원일당(1일 이상 180일한도, 전환용)보장 특별약관

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2. 갱신행 간병인지원 일반상해입원일당(VI)(1 일이상 180일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받으며 간병이 필요하여 간병인을 지원 받기를 원할 경우 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드립니다. 이 경우 제1절 일반조항 제11조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제5항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.
- ② 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에 회사는 제1항의 간병인 지원 및 간병인 사용비용 지급을 하지 않습니다.
- ③ 제1항의 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ④ 제3항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.
- ⑤ 간병인지원비용이라 함은 제1항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.
- ⑥ 제1항에 따라 간병인을 지원 받기를 원할 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제1항의 간병인 사용비용을 지급하지 않습니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야

한다.

- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

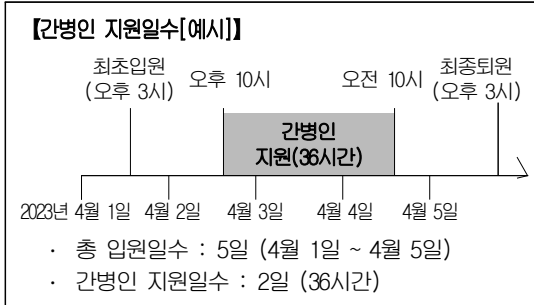
- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료강화법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 간병인의 지원일수 합계는 1회 입원당 180일을 최고

한도로 합니다.

② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.



③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 간병인사용일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.

④ 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑥ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 단서조항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)

⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

⑨ 제8항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.

① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련

을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료에 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 아래에 해당하는 특별약관으로 변경하여 드립니다.

가입 특별약관	변경 특별약관
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(VI)(1일이상 180일 한도)보장 특별약관	갱신형 일반상해입원일당(1일 이상 180일한도, 전환용)보장 특별약관

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-1. 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(VI)(181일이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)에 입원하여 치료를 받으며 간병이 필요하여 간병인을 지원 받기를 원할 경우 보험수익자에게 「180일을 초과하는 입원」 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드립니다. 이 경우 제1절 일반조항 제11조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제5항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.

② 제1항의 「180일을 초과하는 입원」이란 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(VI)(1일이상 180일한도)보장 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인을 180일 지원받은 이후의 입원을 말합니다.

③ 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에 회사는 제1항의 간병인 지원 및 간병인 사용비용 지급을 하지 않습니다.

④ 제1항의 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

⑤ 제4항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

⑥ 간병인지원비용이라 함은 제1항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.

⑦ 제1항에 따라 간병인을 지원 받기를 원할 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제1항의 간병인 사용비용을 지급하지 않습니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한

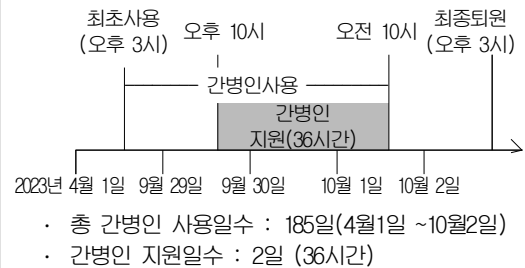
방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 간병인의 자원일수 합계는 1회 입원당 185일을 최고 한도로 합니다.
- ② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

【간병인 자원일수[예시]】



- ③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일을 초과하여 185일째 간병인사용일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.
- ④ 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.
- ⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 단서조항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사 양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정무기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의

인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
- ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
- ⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

⑨ 제8항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
- 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
- 2. 조산원
- 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 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, 공공도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료의 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 아래에 해당하는 특별약관으로 변경하여 드립니다.

가입 특별약관	변경 특별약관
갱신형 간병인지원 일반상해 입원일당(VI)(181일이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관	갱신형 일반상해입원일당(181일이상, 전환용)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

3. 갱신형 일반상해입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)보장 특별약관

- * 이 특별약관은 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)보장 특별약관 또는 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)보장 특별약관 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 전환하는 경우에 한하여 가입 가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 일반상해입원일당을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유

산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금의 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

4. 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(1일이상 180일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험수익자에게 간호·간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당으로 지급합니다.

② 제1항의 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

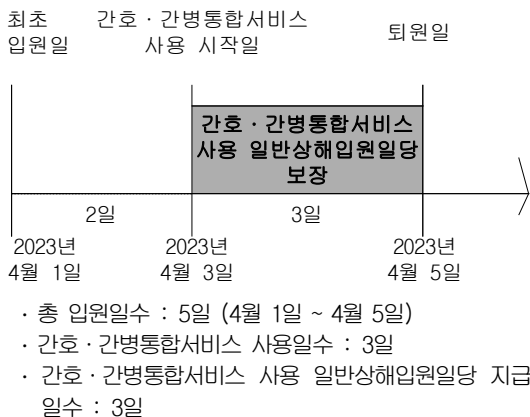
【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군 보건의료기관
 2. 「치료강화법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당을 지급합니다.

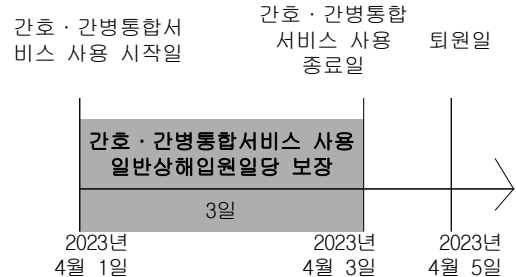
**【간호·간병통합서비스를 사용하지 않던 중
간호·간병통합서비스를 사용하는 경우[예시]】**



- ③ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하

던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당을 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당을 지급하지 않습니다.

**【간호·간병통합서비스 사용 중에 간호·간병통합서비스
사용을 종료하는 경우[예시]】**



- ④ 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수

없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 정한 국내의 병원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 병원급 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

5. 갱신행 간병인지원 일반상해입원일당 (1)(181일이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)에 181일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 180일을 초과하는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)으로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 간병이 필요하여 간병인을 지원 받기를 원할 경우 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드리며, 이때 제1항의 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)은 지급하지 않습니다. 이 경우 제1절 일반조항 제11조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제6항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.

③ 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에 회사는 제2항의 간병인 지원 및 간병인 사용비용 지급을 하지 않습니다.

④ 제2항의 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

⑤ 제4항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

⑥ 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.

⑦ 제2항에 따라 간병인을 지원 받기를 원할 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인 사용비용을 지급하지 않고 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)으로 지급합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 채워변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정

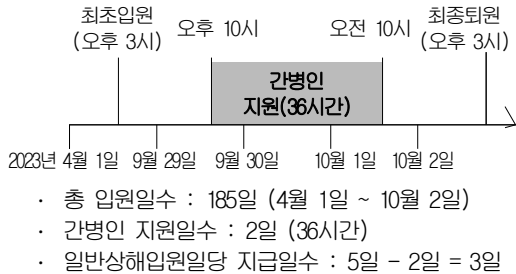
하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의제1항제2호에 따라 법무장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)의 지급일수 또는 간병인의 지원일수 합계는 1회 입원당 185일을 최고 한도로 합니다.
- ② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

【일반상해입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수(예시)】



- ③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일을 초과하여 185일째 입원일을 말함)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.
- ④ 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.
- ⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 단서조항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사 양식)

- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
- ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
- ⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ⑨ 제8항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.
 - ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
 - ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
 - ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 아래에 해당하는 특별약관으로 변경하여 드립니다.

가입 특별약관	변경 특별약관
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(1)(181일이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관	갱신형 일반상해입원일당(181일이상, 전환용)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

제6조(준용규정)

6. 갱신형 일반상해입원일당(181일 이상, 전환 용)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관

- * 이 특별약관은 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당 (Ⅰ)(181일 이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별 약관 또는 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당 (Ⅵ)(181일 이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별 약관 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 전환하는 경우에 한하여 가입 가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보
험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져
와 병원 또는 의원(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니
다)에 181일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 보험수
익자에게 최초입원일부터 180일을 초과하는 입원 1일당
이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(요양, 정
신, 한방병원제외)으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)의 지급일 수는 1회 입원당 185일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 끝난 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)을 계속 보상합니다.
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금의 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, 공공도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

7. 갱신행 간병인지원 일반상해입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(181일 이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)에 181일 이상 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 180일 초과하여 사용한 경우에는 보험수익자에게 180일 초과하는 간호·간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)으로 지급합니다.

② 제1항의 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병자원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 정책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 최고 한도로 합니다.

② 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)을 지급합니다.

【간호·간병통합서비스를 사용하지 않던 중

간호·간병통합서비스를 사용하는 경우[예시]】

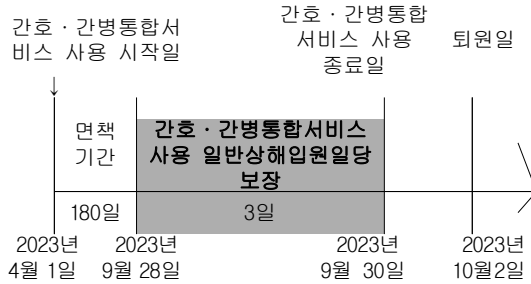
최초 입원일 간호·간병통합서비스 사용 시작일 퇴원일

		면책기간	간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당 보장	
2일		180일	3일	
2023년 4월 1일	2023년 9월 30일			2023년 10월 2일

- 총 입원일수 : 185일 (4월 1일 ~ 10월 2일)
- 간호·간병통합서비스 사용일수 : 183일
- 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당 지급일수 : 3일(9월 30일~ 10월 2일)

③ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)을 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)을 지급하지 않습니다.

【간호·간병통합서비스 사용 중에 간호·간병통합서비스 사용을 종료하는 경우(예시)】



- 총 입원일수 : 185일 (4월 1일 ~ 10월 2일)
- 간호·간병통합서비스 사용일수 : 183일
- 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당 지급 일수 : 3일(9월 28일~9월30일)

- ④ 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 병원(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발

생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 정한 국내의 병원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 병원급 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약

환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제 1절 일반조항 제8조 제5항 및 제36조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (특별약관 제 1절 일반조항 제36조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
- 주2) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 주3) 가산이율 적용 시 제 1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 주4) 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 갱신형 간병인지원 질병입원일당보장
특별약관2405

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

○ 갱신형 보장

- 자동갱신 적용대상 특별약관의 보험기간은 10년만기(단, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초가입 후 10년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【자동갱신 적용대상특약의 보험기간(예시: 10년)】

33세 피보험자가 갱신종료보험나이를 100세로 하여 갱신형 보장을 가입하는 경우



- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 위험률의 변동 등)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

○ 태아가입보험

- 보험계약을 체결할 때 피보험자로 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우 출생을 조건으로 보험계약 체결시점에 소급하여 피보험자가 됩니다.
- 태아가 복수로 출생한 경우 계약자는 피보험자 각각을 지정할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 입원 관련 보장

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(OD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세 미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음

- 성낙음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

8. 계약 전 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 알릴 의무 위반 시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려셔야 합니다.

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

○ 약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨

○ 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출 방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

○ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지 시 계약자에게 돌려주는 금액

**무배당 갱신형 간병인지원 질병입원일당보장
특별약관2405**

제 1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 갱신형 간병인지원 질병입원일당보장 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하 「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강 진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년

복리	마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.75%입니다.
계약자 적립액	장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

④ 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 특별약관의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 특별약관의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는

지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- ① 소송제기
- ② 분쟁조정 신청
- ③ 수사기관의 조사
- ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
- ⑥ 제2절 보장조항의 각 보험금 지급에 관한 세부규정에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.

④ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제12조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3

년 내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 사실로 알지 못하였을 때
 - ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 - ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 - ④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
 - ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가

있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제15조(사기에 의한 계약)

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

① 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기

위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

③ 회사는 계약의 청약일 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인

등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

- ① 서면교부
- ② 우편 또는 전자우편
- ③ 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

【약관의 중요한 내용에서】

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

"전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

- 가. 서명자의 신원
- 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

- ① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
- ② 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간

에 따라 제한 될 수 있습니다.

제19조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- ② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- ③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한

사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것

4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제20조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ① 보험종목
- ② 보험기간
- ③ 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
- ④ 계약자, 피보험자
- ⑤ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경된 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다

다.

제21조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일
현재(계약일) : 2023년 4월 14일
→ 2023년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
= 34년 6월 12일 = 35세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일
→ 계약해당일 : 10월 1일
예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일
→ 계약해당일 : 2월 말일

제22조(특별약관의 소멸)

이 계약의 특별약관 소멸사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제23조(특별약관의 자동갱신)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보험증권에 기재된 보험기간으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.
- ② 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.
 - ① 갱신될 계약(이하 「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
 - ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
 - ③ 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제25조(자동갱신 적용)

- ① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정된 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.
- ② 회사는 제23조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받을 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받을 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이

보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 제14조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 제23조(특별약관의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우 갱신보장계약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제27조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제27조의1(보험료의 납입연제에 관한사항)

주계약의 보장보험료의 납입이 연제된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 연제하지 않습니다.

제28조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내

에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공사이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말함

니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우, 출생예정일 이후 해지하였으나 태아가 출생 전이면 출생예정일 이후에 해당하는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

③ 제2항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 「태아가 출생하기 전」임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

④ 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의1(위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제33조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

- ① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
- ② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【예시】

입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제34조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제32조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제36조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제38조(분쟁의 조정)

① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제39조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제40조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2023년 4월 1일에 발생하였음에도 2026년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제41조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인하여야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제43조(법령 등의 개정 등에 따른 계약내용의 변경)

① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우

② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우

③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우

④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내

용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 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 보통인이자라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제45조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제47조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 5천만원까지(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 5천만원까지 보호됩니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

본 보험회사가 예금등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 별도로 최고 5천만원까지 보호합니다.(단, 연금저축보험은 다른 예금보호대상 금융상품과는 별도로 1인당 최고 5천만원까지 보호)

제2절 보장조항

1. 갱신형 간병인지원 질병입원일당(1)(1일이상 180일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 간병이 필요하여 간병인을 지원 받기를 원할 경우 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드리며, 이때 제1항의 질병입원일당은 지급하지 않습니다. 이 경우 제1절 일반조항 제11조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제6항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.

③ 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에 회사는 제2항의 간병인 지원 및 간병인 사용비용 지급을 하지 않습니다.

④ 제2항의 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

⑤ 제4항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

⑥ 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.

⑦ 제2항에 따라 간병인을 지원 받기를 원할 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인 사용비용을 지급하지 않고 질병입원일당으로 지급합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사 보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니

하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

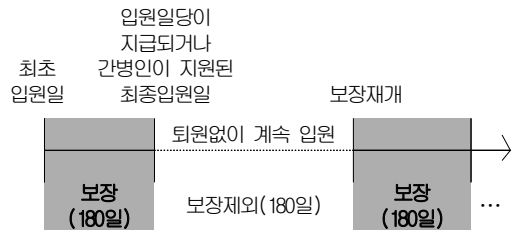
- ① 질병입원일당의 지급일수 또는 간병인의 지원일수 합계는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

【질병입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수[예시]】



- ③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.
- ④ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【간병인지원 질병입원일당 [예시]】



- ⑥ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.
- ⑦ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2

회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 단서조항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
- ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
- ⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

⑩ 제9항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수

없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.

⑥ 성병

⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목

적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 아래에 해당하는 특별약관으로 변경하여 드립니다.

가입 특별약관	변경 특별약관
갱신형 간병인지원 질병입원일당(1)(1일이상 180일한도) 보장 특별약관	갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)보장 특별약관

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2. 갱신형 간병인지원 질병입원일당(1)(1일이상 180일한도)Q보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 간병이 필요하여 간병인을 지원 받기를 원할 경우 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드리며, 이때 제1항의 질병입원일당은 지급하지 않습니다. 이 경우 제1절 일반조항 제11조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제6항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.

③ 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에 회사는 제2항의 간병인 지원 및 간병인 사용비용 지급을 하지 않습니다.

④ 제2항의 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

⑤ 제4항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

⑥ 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.

⑦ 제2항에 따라 간병인을 지원 받기를 원할 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인 사용비용을 지급하지 않고 질병입원일당으로 지급합니다.

【간병인의 주요 업무[예시]】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사 보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한

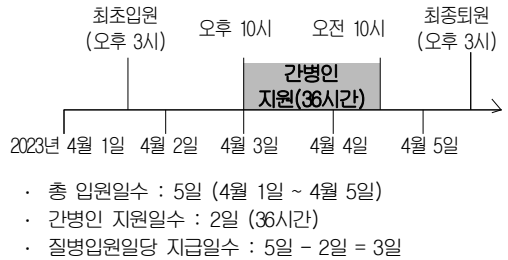
방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무장관이 지정하는 국립정신의료기관

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

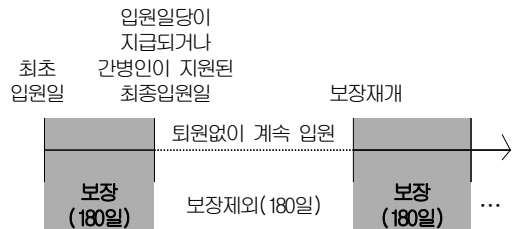
- ① 질병입원일당의 지급일수 또는 간병인의 지원일수 합계는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

【질병입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수[예시]】



- ③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.
- ④ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【간병인지원 질병입원일당 [예시]】



- ⑥ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑦ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

⑨ 제2조(보험금의 지급사유) 제2항 단서조항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
- ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
- ⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

⑩ 제9항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로

됩니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 아래에 해당하는 특별약관으로 변경하여 드립니다.

가입 특별약관	변경 특별약관
갱신형 간병인지원 질병입원일당(1)(1일이상 180일한도)Q보장 특별약관	갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)Q보장 특별약관

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

3. 갱신형 간병인지원 질병입원일당(VI)(1일이상 180일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받으며 간병이 필요하여 간병인을 지원 받기를 원할 경우 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드립니다. 이 경우 제1절 일반조항 제11조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제5항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.
- ② 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에 회사는 제1항의 간병인 지원 및 간병인 사용비용 지급을 하지 않습니다.
- ③ 제1항의 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ④ 제3항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.
- ⑤ 간병인지원비용이라 함은 제1항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.
- ⑥ 제1항에 따라 간병인을 지원 받기를 원할 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제1항의 간병인 사용비용을 지급하지 않습니다.

【간병인의 주요 업무[예시]】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사 보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야

한다.

- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료강호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 간병인의 지원일수 합계는 1회 입원당 180일을 최고

한도로 합니다.

② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

【간병인 지원일수(예시)】

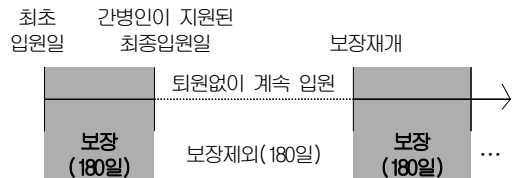


③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 간병인사용일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.

④ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인이 지원된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인이 지원된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인이 지원된 최종입원의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【간병인지원 질병입원일당(VI) 【예시】】



⑥ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑦ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 단서조항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
- ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
- ⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

⑩ 제9항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우

에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.

- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 아래에 해당하는 특별약관으로 변경하여 드립니다.

가입 특별약관	변경 특별약관
갱신형 간병인지원 질병입원일당(VI)(1일이상 180일한도) 보장 특별약관	갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)보장 특별약관

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

3-1. 갱신형 간병인지원 질병입원일당(VI)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양,정신,한방병원은 제외됩니다)에 181일 이상 입원하여 치료를 받으며 간병이 필요하여 간병인을 지원 받기를 원할 경우 보험수익자에게 「180일을 초과하는 입원」 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드립니다. 이 경우 제1절 일반조항 제11조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제5항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.
- ② 제1항의 「180일을 초과하는 입원」이란 갱신형 간병인지원 질병입원일당(VI)(1일이상 180일한도)보장 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인을 180일 지원받은 이후의 입원을 말합니다.
- ③ 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에 회사는 제1항의 간병인 지원 및 간병인 사용비용 지급을 하지 않습니다.
- ④ 제1항의 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ⑤ 제4항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원(단, 요양,정신,한방병원은 제외됩니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.
- ⑥ 간병인지원비용이라 함은 제1항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.
- ⑦ 제1항에 따라 간병인을 지원 받기를 원할 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제1항의 간병인 사용비용을 지급하지 않습니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사 보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는

입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호

의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 간병인의 지원일수 합계는 1회 입원당 185일을 최고한도로 합니다.
- ② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

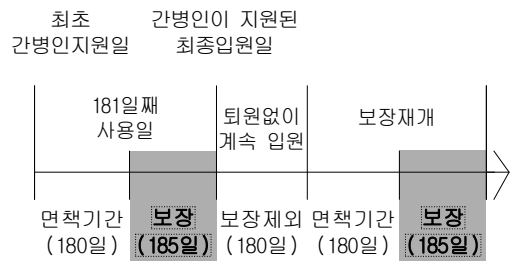
【간병인 지원일수[예시]】



- ③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일을 초과하여 185일째 간병인사용일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.
- ④ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인이 지원된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인이 지원된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인이 지원된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【간병인지원 질병입원일당(VI)(181일이상)】

【예시】



- ⑥ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑦ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 단서조항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
- ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
- ⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

⑩ 제9항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발

병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 아래에 해당하는 특별약관으로 변경하여 드립니다.

가입 특별약관	변경 특별약관
갱신형 간병인지원 질병입원일당(VI)(181일이상)(요양, 정신, 한방병원제외)(1일이상 180일한도)보장 특별약관	갱신형 질병입원일당(181일 이상, 전환용)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

4. 갱신형 간병인지원 질병입원일당(VI)(1일이상 180일한도)Q보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받으며 간병이 필요하여 간병인을 지원 받기를 원할 경우 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드립니다. 이 경우 제1절 일반조항 제11조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제5항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.
- ② 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에 회사는 제1항의 간병인 지원 및 간병인 사용비용 지급을 하지 않습니다.
- ③ 제1항의 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ④ 제3항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.
- ⑤ 간병인지원비용이라 함은 제1항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.
- ⑥ 제1항에 따라 간병인을 지원 받기를 원할 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제1항의 간병인 사용비용을 지급하지 않습니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사 보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합

서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관

2. 「치료강화법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무장관이 지정하는 국립정신의료기관

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

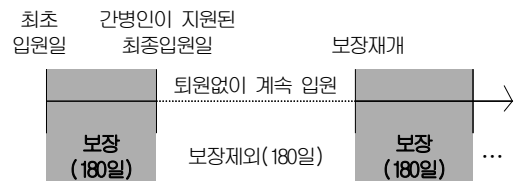
- ① 간병인의 지원일수 합계는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

【간병인 지원일수(예시)】



- ③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 간병인사용일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.
- ④ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인이 지원된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인이 지원된 최종입원일부터 180일이 경과하더라도 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인이 지원된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【간병인지원 질병입원일당(VI) [예시]】



- ⑥ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.
- ⑦ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른

간병인지원비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

⑨ 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 단서조항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자 등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
 - ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
 - ⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ⑩ 제9항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ⑪ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시

계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인자원을 할 수 없게 되는 경우, 아래에 해당하는 특별약관으로 변경하여 드립니다.

가입 특별약관	변경 특별약관
갱신형 간병인지원 질병입원일당(VI)(1일이상 180일한도)Q보장 특별약관	갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)Q보장 특별약관

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

5. 갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)보장 특별약관

* 이 특별약관은 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)보장 특별약관 또는 갱신형 간병인지원 질병입원일당(VI)(1일이상 180일한도)보장 특별약관의 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 전환하는 경우에 한하여 가입 가능합니다.

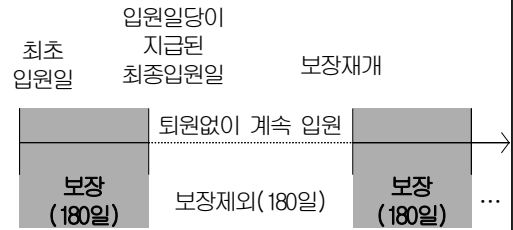
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【질병입원일당 예시】



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정

에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로

봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

6. 갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)Q보장 특별약관

* 이 특별약관은 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)Q보장 특별약관 또는 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)Q보장 특별약관의 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 전환하는 경우에 한하여 가입 가능합니다.

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

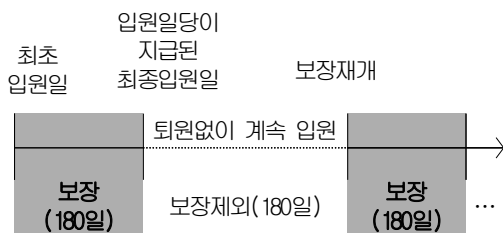
제2조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【질병입원일당 [예시]】



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보

험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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 치매를 제외한 정신적 기능장애 및 심신상실
 - ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - ⑥ 성병
 - ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 - ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - ④ 정상분만, 치과질환

제5조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의

치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

7. 갱신행 간병인지원 질병입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(1일이상 180일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험수익자에게 간호·간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당으로 지급합니다.

② 제1항의 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

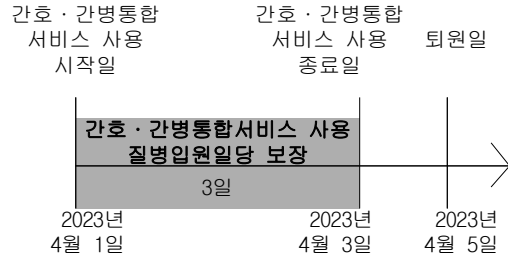
- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4항에 따른 군 보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당을 지급하지 않습니다.

【간호·간병통합서비스 사용 중에 간호·간병통합서비스 사용을 종료하는 경우(예시)】



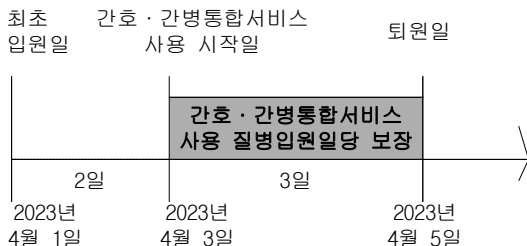
- 총 입원일수 : 5일 (4월 1일 ~ 4월 5일)
- 간호·간병통합서비스 사용일수 : 3일
- 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 지급일수 : 3일

- ④ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당을 지급합니다.

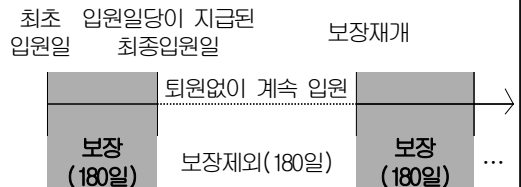
【간호·간병통합서비스를 사용하지 않던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우(예시)】



- 총 입원일수 : 5일 (4월 1일 ~ 4월 5일)
- 간호·간병통합서비스 사용일수 : 3일
- 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 지급일수 : 3일

- ③ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당을 지급하며,

【간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 (예시)】



- ⑥ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.
- ⑦ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 정한 국내의 병원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 병원급 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료

관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약 환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

8. 갱신행 간병인지원 질병입원일당(간호·간 병통합서비스 사용추가보장)(1일이상 180일한 도)Q보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(단, 요양병원은 제외됩니다)에 입원하여 제5조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험수익자에게 간호·간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입 금액을 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당으로 지급합니다.

② 제1항의 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의 2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병 지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 정책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군 보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ② 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 제1항 및 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당을 지급합니다.

【간호·간병통합서비스를 사용하지 않던 중

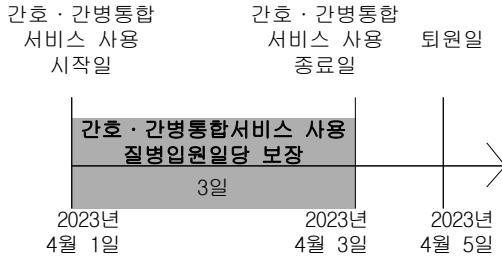
간호·간병통합서비스를 사용하는 경우[예시]】

최초 입원일	간호·간병통합서비스 사용 시작일	퇴원일
	간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 보장	
2일	3일	
2023년 4월 1일	2023년 4월 3일	2023년 4월 5일
· 총 입원일수 : 5일 (4월 1일 ~ 4월 5일) · 간호·간병통합서비스 사용일수 : 3일 · 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 지급일수 : 3일		

- ③ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당을 지급하며,

사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당을 지급하지 않습니다.

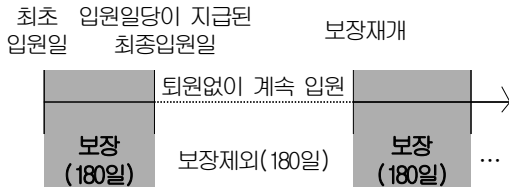
【간호·간병통합서비스 사용 중에 간호·간병통합서비스 사용을 종료하는 경우(예시)】



- 총 입원일수 : 5일 (4월 1일 ~ 4월 5일)
- 간호·간병통합서비스 사용일수 : 3일
- 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 지급일수 : 3일

- ④ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 (예시)】



- ⑥ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.
- ⑦ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

제5조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 한다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 정한 국내의 병원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 병원급 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료

관련법에서 정한 요양병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

9. 갱신행 간병인지원 질병입원일당(1)(181일 이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)에 181일 이상 입원하였을 경우 보험수익자에게 최초 입원일부터 180일을 초과하는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)으로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 간병이 필요하여 간병인을 지원받기를 원할 경우 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원하여 드리며, 이때 제1항의 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)은 지급하지 않습니다. 이 경우 제1절 일반조항 제11조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 제6항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.

③ 피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에 회사는 제2항의 간병인 지원 및 간병인 사용비용 지급을 하지 않습니다.

④ 제2항의 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

⑤ 제4항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

⑥ 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말합니다.

⑦ 제2항에 따라 간병인을 지원받기를 원할 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인 사용비용을 지급하지 않고 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)으로 지급합니다.

【간병인의 주요 업무(예시)】

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사 보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한

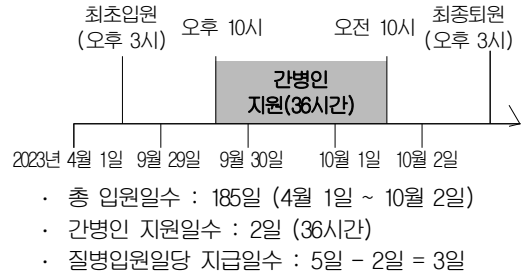
방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)의 지급일수 또는 간병인의 지원일수 합계는 1회 입원당 185일을 최고 한도로 합니다.
- ② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

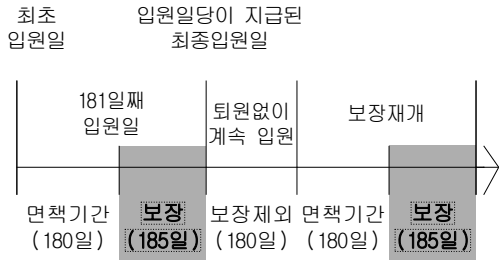
【질병입원일당 지급일수 및 간병인 지원일수[예시]】



- ③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일을 초과하여 185일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.
- ④ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【간병인지원】

질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)[예시]



⑥ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.

⑦ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따른 간병인지원비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 단서조항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시 다음의 서류를 제출하고 간병인 사용비용을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사 양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
- ⑤ 사업자등록증을 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다.)
- ⑥ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

⑩ 제9항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보

험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급하거나 간병인을 지원하여 드립니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않고 간병인을 지원하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한

경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

② 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인지원을 할 수 없게 되는 경우, 아래에 해당하는 특별약관으로 변경하여 드립니다.

가입 특별약관	변경 특별약관
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관	갱신형 질병입원일당(181일 이상, 전환용)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

10. 갱신형 질병입원일당(181일이상, 전환용) (요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관

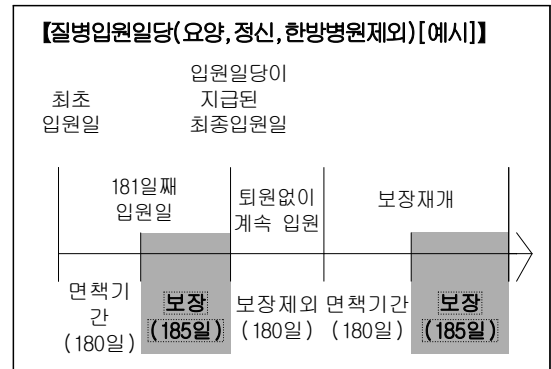
- * 이 특별약관은 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관 또는 갱신형 간병인지원 질병입원일당(VI)(181일 이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관의 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 전환하는 경우에 한하여 가입 가능합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)에 181일 이상 입원하였을 경우에는 보험수익자에게 최초입원일부터 180일을 초과하는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 최고 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원 등(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시

를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정

한 국내의 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약 환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

11. 갱신행 간병인지원 질병입원일당(간호·간 병통합서비스 사용추가보장)(181일이상)(요양, 정신,한방병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(단, 요양,정신,한방병원은 제외됩니다)에 181일 이상 입원하여 제4조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 180일 초과하여 사용한 경우 보험수익자에게 180일을 초과한 간호·간 병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(요양,정신,한방 병원제외)으로 지급합니다.
- ② 제1항의 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의 2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통 합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병 자원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간 병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원 급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인 력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공 공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한 다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원 실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서 비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제 공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 정책을 수 립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제 공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병 원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인 력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하 는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군 보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무 부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(요양,정신, 한방병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 최고 한 도로 합니다.
- ② 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간 호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통 합서비스 사용 일수를 기준으로 제1항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일 당(요양,정신,한방병원제외)을 지급합니다.

【간호·간병통합서비스를 사용하지 않던 중

간호·간병통합서비스를 사용하는 경우[예시]】

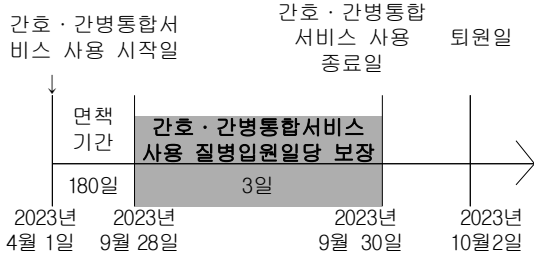
최초 입원일 간호·간병통합서비스 사용 시작일 퇴원일

		면책 기간	간호·간병통합 서비스 사용 질병입원일당 보장	
2일	180일	3일		
2023년 4월 1일	2023년 9월 30일	2023년 10월 2일		

- 총 입원일수 : 185일 (4월 1일 ~ 10월 2일)
- 간호·간병통합서비스 사용일수 : 183일
- 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 지급일수 : 3일(9월 30일~ 10월 2일)

③ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)을 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)을 지급하지 않습니다.

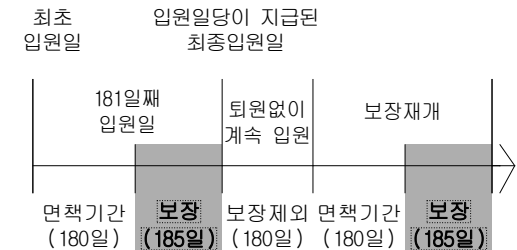
【간호·간병통합서비스 사용 중에 간호·간병통합서비스 사용을 종료하는 경우(예시)】



- 총 입원일수: 185일 (4월 1일 ~ 10월 2일)
- 간호·간병통합서비스 사용일수: 183일
- 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 지급일수: 3일(9월 28일~9월30일)

④ 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
⑤ 제4항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라든 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)이 지급된 최종입원의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(181일이상) (요양, 정신, 한방병원제외) (예시)】



⑥ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝난 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 계속 보상합니다.
⑦ 피보험자가 병원(단, 요양, 정신, 한방병원은 제외됩니다)을 이전하여 입원한 경우에도 이와 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하

여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(요양, 정신, 한방병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- ⑤ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 성병
- ⑦ 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- ② 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

- ③ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- ④ 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 정한 국내의 병원급 의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 병원급 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원은 제외됩니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (특별약관 제 1절 일반조항 제8조 제5항 및 제35조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (특별약관 제 1절 일반조항 제35조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
- 주2) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 주3) 가산이율 적용시 제 1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 가전제품 고장수리비용보장
특별약관2404

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 청약서 질문사항과 관련된 사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 청약서 질문사항과 관련된 사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(∞, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효(비용 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

5. 계약의 소멸(비용 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

8. 계약 전 · 후 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.
- 2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.
 - 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 - 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 - 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- 3) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
 - ※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

9. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

○ 약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨

○ 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출 방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

○ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

무배당 가전제품 고장수리비용보장 특별약관2404

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 사전제품 고장수리비용보장 특별약관2404(이하 「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 비용손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하 「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
보험금 분담	이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
자기 부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이

	계약의 평균공시이율은 2.75%입니다.
계약자 적립액	장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
해약 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

④ 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보상하는 손해)

이 계약의 보상하는 손해는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 원인의 직접, 간접에 관계없이 아래에 해당 하는 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 계약자, 피보험자(본인, 배우자, 동거친족 및 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀) 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해
- ② 보험효력개시 후 60일 이내에 수리하여 수리비가 발생한 손해
- ③ 국내 AS지정점 이외의 곳에서 수리하여 수리비가 발생한 손해 (AS지정점이 없는 제품의 수리비는 보상하지 않습니다)
- ④ 통상적인 마모와 균열, 잘못된 사용 또는 오·남용으로 인한 손해
- ⑤ 패임, 착색, 광택저하, 긁힘, 녹 등과 같이 제품의 기능에 아무런 영향을 주지 않는 외부적 손상에 대한 손해

- ⑥ 제품의 조립이나 변경으로 발생한 모든 손해(절단, 톱질, 깎기 등을 포함)
- ⑦ 도난, 분실 또는 망실로 인한 손해
- ⑧ 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 화재 및 연소 또는 그 밖의 손해
- ⑨ 제품 고유의 결함, 설계결함 또는 법적조치로 인하여 제품의 리콜이나 변경으로 인해 발생한 비용 손해
- ⑩ 제조사의 무상수리에 해당하는 손해.
- ⑪ 기록저장매체의 손상으로 인한 데이터 손실이나 소프트웨어의 문제로 인하여 발생하는 모든 비용 손해
- ⑫ 제조업자(제조업자가 지정한 수리업체를 포함)가 제품에 대하여 어떠한 결함도 발견하지 못한 경우에 발생한 모든 비용손해
- ⑬ 태풍, 홍수, 지진, 분화, 낙뢰 등 천재지변으로 인한 손해
- ⑭ 핵연료물질 또는 방사능 오염과 관련된 손해
- ⑮ 제품에 대한 청소나 주기적 점검, 관리에서 발생한 비용 손해
- ⑯ 필터, 전구(진공관 포함), 벨트, 잉크 등 교환이 필요한 소모품의 교환 비용
- ⑰ 제품보증서에 기재된 유상수리의 대상이 되는 고장유형으로 인한 손해. 단, 무상수리의 대상이 되는 고장 유형이 제품의 보증기간을 초과함으로써 유상수리의 대상이 된 경우에는 보상합니다.
- ⑱ 가전제품의 임의 분해 및 개조로 인한 손해
- ⑲ 전기적/기계적 원인이 아닌 물리적 파손으로 인한 손해

㉒ 회사는 아래의 물품에 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

- ① 재판매, 직업적 혹은 상업적인 목적으로 구매 또는 사용중인 물품
- ② 골동품, 수집품, 재조립품, 재제작품
- ③ 렌트나 리스중인 물품과 피보험자의 책임하에 있는 대여 또는 보관 물품
- ④ 제조일로부터 10년을 초과한 제품

제5조(지급보험금의 계산)

- ㉑ 회사는 1사고당 100만원을 한도로 보상하되, 자기부담금 2만원을 초과한 부분만 보상합니다.
- ㉒ 하나의 제품에 대하여 회사가 지급하여야 할 1사고당 보험금은 수리제품의 권장소비자가격, 보험가입금액, 실제수리비 중 최저금액으로 합니다.
- ㉓ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 해당보험연도(보험계약일로부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일까지의 기간을 말합니다)에 보상하는 보험금 총액은 보험가입금액을 한도로 합니다.
- ㉔ 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가입액보다 많은 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1인에 대한 보험금 청구를 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

- ① 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산 방법이 같은 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험가입금액의 합계액}}$$

- ② 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산 방법이 다른 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

제6조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보상하는 손해)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ③ 해당 제품의 공식적인 국내 A/S지정점에서 작성한 수리비용을 지급하였음을 증명하는 서류
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제8조(보험금의 지급절차)

- ㉑ 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.
- ㉒ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- ① 소송제기
- ② 분쟁조정 신청
- ③ 수사기관의 조사
- ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유를 조사 및 확인이 지연되는 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.

④ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는

지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최초의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제12조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다.

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에

회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 사실로 알지 못하였을 때
 - ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 - ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
- ④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
- ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴

의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제15조(사기에 의한 계약)

- ① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

- ① 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대

해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다면 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비

자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 청약철회는 계약자가 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다통이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

① 서면교부

② 우편 또는 전자우편

③ 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사 표시

【약관의 중요한 내용예시】

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화우편인터넷 등의 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

"전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

- 가. 서명자의 신원
- 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

- ① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
- ② 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간

에 따라 제한 될 수 있습니다.

제19조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- ② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- ③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한

사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것

4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제20조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ① 보험종목
- ② 보험기간
- ③ 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
- ④ 계약자, 피보험자
- ⑤ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

다.

제21조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일

현재(계약일) : 2023년 4월 14일

⇒ 2023년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
= 34년 6월 12일 = 35세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일

→ 계약해당일 : 10월 1일

예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일

→ 계약해당일 : 2월 말일

제22조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5관 보험료의 납입

제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 제14조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

제24조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제24조의1(보험료의 납입연체에 관한사항)

주계약의 보장보험료의 납입이 연체된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 연체하지 않습니다.

제25조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제33조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1

개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급

금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제28조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의

하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조의1(위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위 반사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제32조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성 원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제30조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

- ① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
- ② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【예시】

입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제31조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제32조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제29조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제33조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는

보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 회사는 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제34조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제35조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제36조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제37조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2023년 4월 1일에 발생하였음에도 2026년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제38조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제39조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인하여야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제40조(법령 등의 개정 등에 따른 계약내용의 변경)

- ① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
- ① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
 - ② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
 - ③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요 없어지는 경우
 - ④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로

납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제41조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는에도 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 함의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 함의】

사회통념상 일반 보통인이자라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제42조(개인정보보호)

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제43조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제44조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 5천만원까지(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 5천만원까지 보호됩니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

본 보험회사가 예금등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 별도로 최고 5천만원까지 보호합니다.(단, 연금저축보험은 다른 예금보호대상 금융상품과는 별도로 1인당 최고 5천만원까지 보호)

제2절 보장조항

2-1. 20대가전제품 고장수리비용보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 거주하는 보험증권에 기재된 주택 구내에 있는 20대가전제품에 고장이 발생하여 이를 수리하여 생긴 실제 수리비를 보상합니다.

② 제1항의 「고장」이라 함은 해당제품이 전기적·기계적인 원인으로 제조사가 설계한 동작 및 정상적인 사용이 불가능한 상태를 말합니다.

③ 제1항의 「수리」는 해당제품의 공식적인 국내 AS지정점에서 실제 수리하여 수리비를 지급한 경우에 한하며, 수리비는 부품비와 인건비 및 운반비(수리를 목적으로 AS지정점의 직원에 의하여 제품운반에 소요되는 비용을 말하며, 개인운반이 가능한 소형제품은 제외)를 말합니다.

④ 제1항의 「20대가전제품」이라 함은 TV, 세탁기, 냉장고, 감치냉장고, 에어컨, 전자레인지, 공기청정기, 청소기, 식기세척기, 의류건조기, 의류관리기, 제습기, 전기밥솥, 정수기, 음식물처리기, 식기건조기, 오븐, 선풍기, 에어컨, 전기레인을 말하며, 가전용제품에 한합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-2. 12대가전제품 고장수리비용보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 거주하는 보험증권에 기재된 주택 구내에 있는 12대가전제품에 고장이 발생하여 이를 수리하여 생긴 실제 수리비를 보상합니다.
- ② 제1항의 「고장」이라 함은 해당제품이 전기적·기계적인 원인으로 제조사가 설계한 동작 및 정상적인 사용이 불가능한 상태를 말합니다.
- ③ 제1항의 「수리」는 해당제품의 공식적인 국내 AS지정점에서 실제 수리하여 수리비를 지급한 경우에 한하며, 수리비는 부품비와 인건비 및 운반비(수리를 목적으로 AS지정점의 직원에 의하여 제품운반에 소요되는 비용을 말하며, 개인운반이 가능한 소형제품은 제외)를 말합니다.
- ④ 제1항의 「12대가전제품」이라 함은 TV, 세탁기, 냉장고, 김치냉장고, 에어컨, 전자레인지, 공기청정기, 청소기, 식기세척기, 의류건조기, 의류관리기, 제습기를 말하며, 가정용제품에 한합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-3. 신8대가전제품 고장수리비용보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 거주하는 보험증권에 기재된 주택 구내에 있는 신8대가전제품에 고장이 발생하여 이를 수리하여 생긴 실제 수리비를 보상합니다.
- ② 제1항의 「고장」이라 함은 해당제품이 전기적·기계적인 원인으로 제조사가 설계한 동작 및 정상적인 사용이 불가능한 상태를 말합니다.
- ③ 제1항의 「수리」는 해당제품의 공식적인 국내 AS지정점에서 실제 수리하여 수리비를 지급한 경우에 한하며, 수리비는 부품비와 인건비 및 운반비(수리를 목적으로 AS지정점의 직원에 의하여 제품운반에 소요되는 비용을 말하며, 개인운반이 가능한 소형제품은 제외)를 말합니다.
- ④ 제1항의 「신8대가전제품」이라 함은 전기밥솥, 정수기, 음식물처리기, 식기건조기, 오븐, 선풍기, 에어프라이어, 전기레인지를 말하며, 가정용제품에 한합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【별표】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제8조 제5항 및 제32조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (특별약관 제32조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
- 주2) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 주3) 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 갱신형 특정치료비보장 특별약관2404

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 양보장개시일은 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

○ 갱신형 보장

- 자동갱신 적용대상 특별약관의 보험기간은 5년만기 또는 10년만기(단, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 5년 또는 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초가입 후 5년 또는 10년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【자동갱신 적용대상특약의 보험기간(예시)】

42세 피보험자가 갱신종료보험나이를 80세로 하여 5년만기 갱신형 보장을 가입하는 경우



- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 위험률의 변동 등)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

- 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 계약일부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암진단일이 계약일부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(OD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음

성낙음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

8. 계약 전 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

○ 약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨

○ 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출 방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

○ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

**무배당 갱신형 특정치료비보장
특별약관2404**

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 갱신형 특정치료비보장 특별약관2404(이하 「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하 「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

[1] 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험 수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강 진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

[2] 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

용어	정의
한국표준질병사인분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+): 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*) : 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

[3] 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균 공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.75%입니다.
계약자 적립액	장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
해약 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

[4] 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

5) 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 계약의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 계약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지

급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

이 계약의 보험금의 청구는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- ① 소송제기
- ② 분쟁조정 신청
- ③ 수사기관의 조사
- ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
- ⑥ 제2절 보장조항 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

- ③ 제2항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.
- ④ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

- ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이

을 계산)】에서 정한 비율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제12조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험

수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 사실로 알지 못하였을 때
 - ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 - ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 - ④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
 - ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면

(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

- ⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제15조(사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 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.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

- ① 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에

따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」 이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화로 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등' 이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등

을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

① 서면교부

② 우편 또는 전자우편

③ 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

【약관의 중요한 내용에서】

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

"전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

- ① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
② 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

- ⑥ 보험료 납입이 면제된 경우 제5항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제19조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를

피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

- ② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제20조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ① 보험종목
② 보험기간

- ③ 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
- ④ 계약자, 피보험자
- ⑤ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝나는 버리고 6개월 이상의 끝나는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일
현재(계약일) : 2023년 4월 14일
⇒ 2023년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
= 34년 6월 12일 = 35세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일
→ 계약해당일 : 10월 1일

예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일
→ 계약해당일 : 2월 말일

제22조(특별약관의 소멸)

이 계약의 특별약관의 소멸사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제23조(특별약관의 자동갱신)

① 이 특별약관의 보험기간은 보험증권에 기재된 보험기간으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

② 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 갱신될 계약(이하 「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
- ③ 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해지)

① 계약자가 갱신 전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지

않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제25조(자동갱신 적용)

- ① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.
- ② 회사는 제23조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 제14조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제27조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포

함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제27조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)

주계약의 보장보험료의 납입이 면제된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 면제하지 않습니다.

제28조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입

최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인 조건의 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 알려드립니다.
- ④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의1(위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위 반사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사 할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제33조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【예시】

임원특약에 가입한 피보험자가 20일간 임원하였음에도 불구하고 임원확인서를 변조하여 임원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 임원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제34조(회사의 파산선고와 해지)

① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제32조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제36조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제38조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제39조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제40조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2023년 4월 1일에 발생하였음에도 2026년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제41조(약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

- ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전

자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
- ① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
- ② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
- ③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
- ④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 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 경우

에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제45조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제47조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 5천만원까지(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 5천만원까지 보호됩니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

본 보험회사가 예금등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 별도로 최고 5천만원까지 보호합니다.(단, 연금저축보험은 다른 예금보호대상 금융상품과는 별도로 1인당 최고 5천만원까지 보호)

제2절 보장조건

2-1. 갱신형 표적항암약물허가치료비II보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

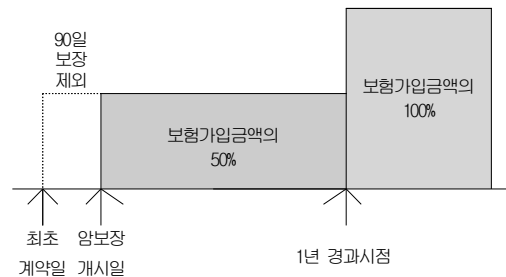
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
표적항암약물허가치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

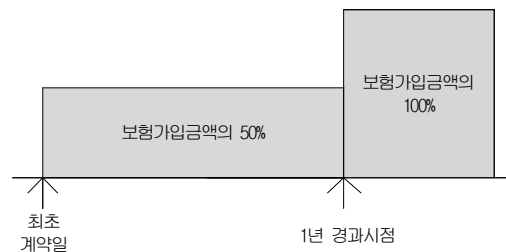
【표적항암약물허가치료비II [예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암(유사암제외) >



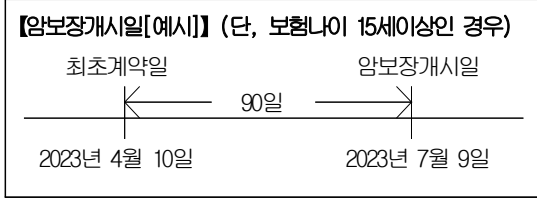
< 기타피부암 및 갑상선암 >



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조건 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비로 지급합니다.

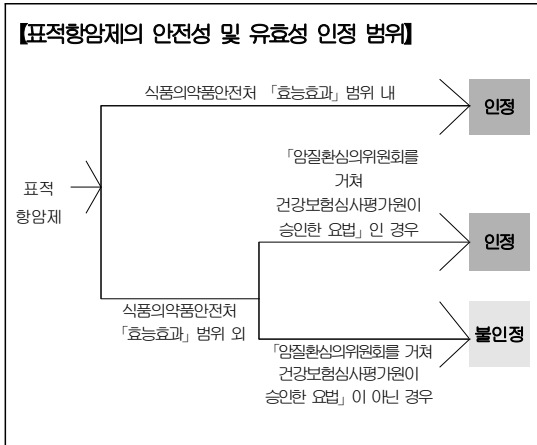
구 분	지급금액
표적항암약물허가치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.



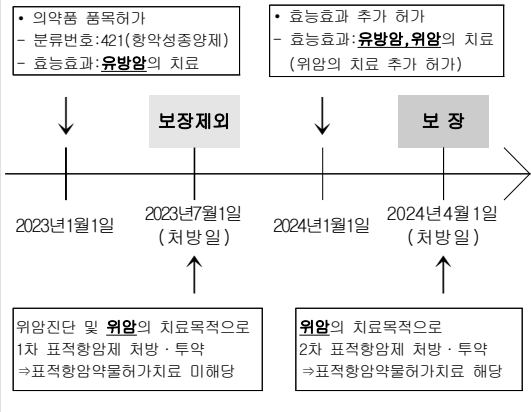
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비는 표적항암제가 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

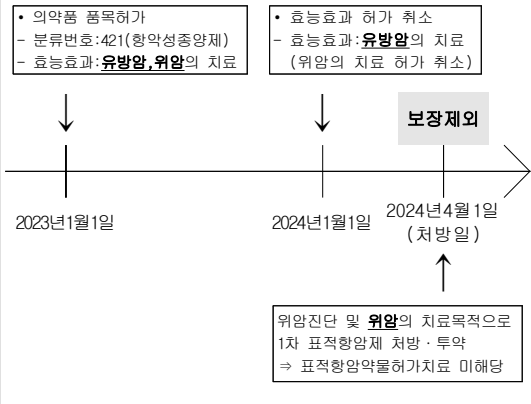


② 제1조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【안전성과 유효성 인정범위 변경(추가)[예시]】 : 의약품의 효능효과 추가 허가



【안전성과 유효성 인정범위 변경(삭제)[예시]】 : 의약품의 효능효과 허가 취소



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로

분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정)에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에

준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표3(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안정성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안정성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이
승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는
신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에 있어 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - ③ 표적항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물 허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉡ 진단명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ㉥ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
 - ④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인인 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출

하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 인한 표적항암약물허가치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-2. 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비 II (연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보장기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보장기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 계속받는 표적항암약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일」부터 1년 경과시점 이라 함은 최초계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
표적항암약물 허가치료시 (단, 연간1회에 한하여 지급)	첫번째	보험가입 금액의 50%	보험가입 금액의 100%
	두번째이후	-	보험가입 금액의 10%

② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 계속받는 표적항암약물허가치료비로 지급합니다.

구 분		지급금액
표적항암약물 허가치료시 (단, 연간1회에 한하여 지급)	첫번째	보험가입금액의 100%
	두번째이후	보험가입금액의 10%

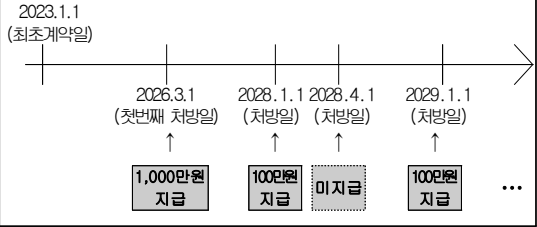
③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보장기간 중 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 차회 갱신계약의 보장기간 중 보험금 지급사유 발생시 보험가입금액의 10%를 계속받는 표적항암약물허가치료비로 지급합니다.

④ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

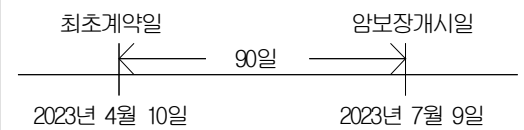
⑤ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

【계속받는 표적항암약물허가치료비 II 보장예시】

(가입금액 1,000만원 기준)



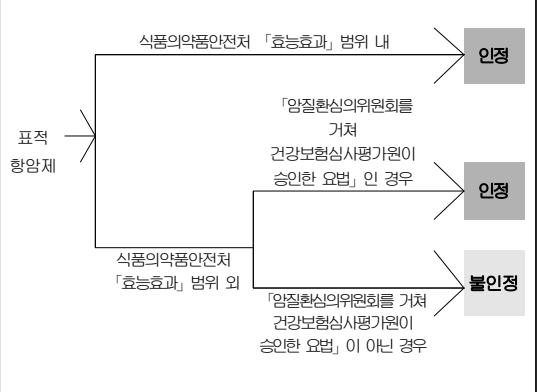
【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



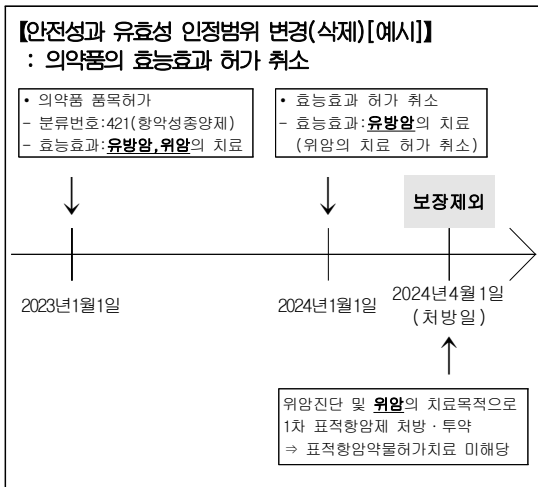
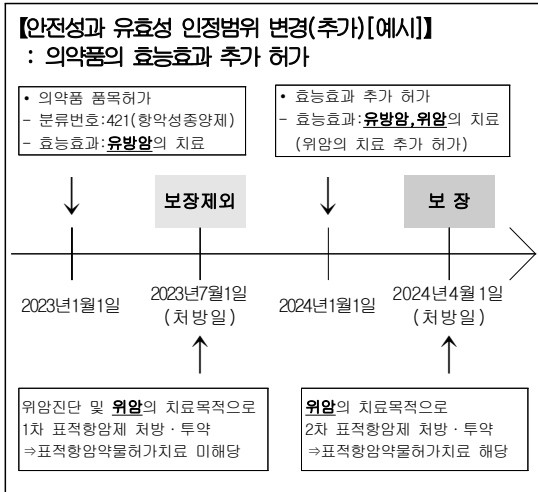
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 계속받는 표적항암약물허가치료비는 표적항암제가 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원 (향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위】



② 제1조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우」라 함은 표적항암제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로

분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병비하의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정)에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에

준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표3(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의약품 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안정성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의약품정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에 있어 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 표적항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물 허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉡ 진단명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ㉥ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출

하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-3. 갱신형 항암양성지방사선치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

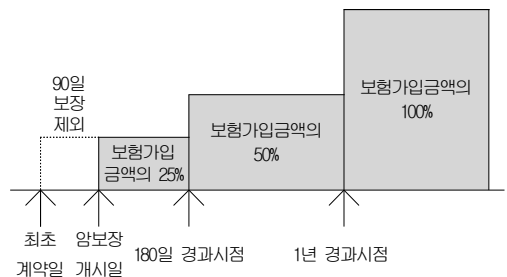
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「항암양성지방사선치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암양성지방사선치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 180일 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날을 말하며, 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약일부터 180일 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 180일 경과시점 이후 최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
항암양성지방사선치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

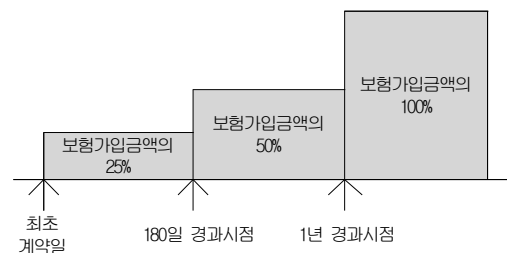
【항암양성지방사선치료비(예시)】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 「암(유사암제외)」으로 항암양성지방사선치료를 받은 경우 >



< 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암양성지방사선치료를 받은 경우 >



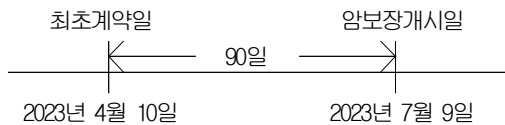
② 제1항의 “항암양성지방사선치료를 받은 경우”라 함은 최초치료일자를 기준으로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암양성자방사선치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
항암양성자방사선치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

④ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

【암보장개시일(예시)】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle

aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 「항암방사선치료」를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용합니다.

② 전자기파를 이용한 'X선치료', '감마선치료', '중입자치료' 등은 「항암양성자방사선치료」에 해당되지 않습니다.

제5조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서, 진료비계산서, 사망진단서, 장애진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암양성자방사선치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」

에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-4. 갱신형 항암세기조절방사선치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

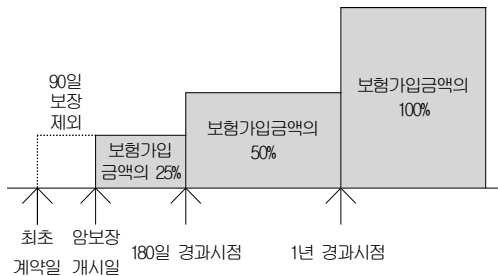
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「항암세기조절방사선치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암세기조절방사선치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 180일 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날을 말하며, 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약일부터 180일 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 180일 경과시점 이후 최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
항암세기조절 방사선치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

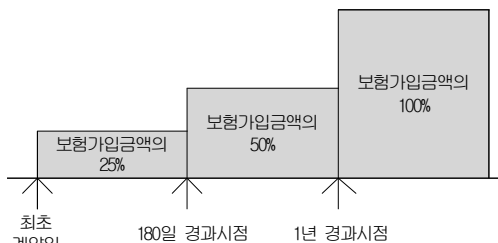
【항암세기조절방사선치료비(예시)】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 「암(유사암제외)」으로 항암세기조절방사선치료를 받은 경우 >



< 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암세기조절방사선치료를 받은 경우 >



② 제1항의 「항암세기조절방사선치료를 받은 경우」라 함

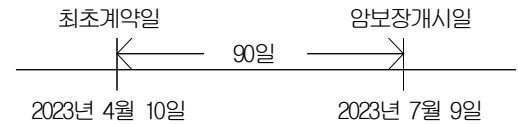
은 최초치료일자를 기준으로 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암세기조절방사선치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
항암세기조절방사선치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

④ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

【암보장개시일(예시)】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직

(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

㉔ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

㉕ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암세기조절방사선치료의 정의)

㉑ 이 특별약관에서 「항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「세기조절방사선치료법」을 이용하여 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 치료하는 「항암방사선치료」를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

다.

㉒ 제1항의 「세기조절방사선치료법」은 방사선 조사 방향을 수십 배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료법을 말합니다.

제5조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

㉑ 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 항암방사선치료기록지, 진료비 세부내역서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

㉒ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

㉑ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암세기조절방사선치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-5. 갱신형 다빈치로봇 암수술비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 다빈치로봇 암수술비(암(특정암제외))보장
- 다빈치로봇 암수술비(특정암)보장

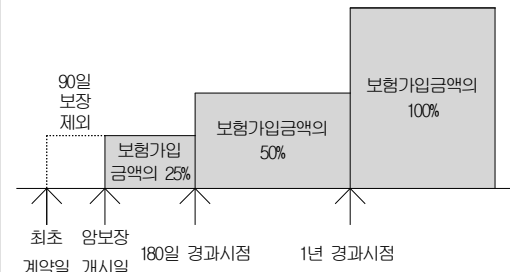
제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(특정암제외)」로 진단확정되고 그 「암(특정암제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 「다빈치로봇 암수술」을 받은 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇 암수술비(암(특정암제외))로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 180일 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날을 말하며, 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약일 부터 180일 경과시점 전일 이전	최초계약일부 터 180일 경과시점 이후 최초계약일부 터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부 터 1년 경과시점 이후
암(특정암제외)로 다빈치로봇 암수술시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	다빈치로봇 암수술비 (암(특정암제외))보장 보험가입금액의 25%	다빈치로봇 암수술비 (암(특정암제외))보장 보험가입금액의 50%	다빈치로봇 암수술비 (암(특정암제외))보장 보험가입금액의 100%

【다빈치로봇 암수술비(암(특정암제외))][예시]
(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 「암(특정암제외)」로 다빈치로봇 암수술을 받은 경우 >



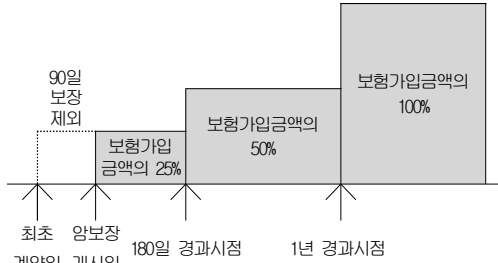
② 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「특정암」으로 진단확정되고 그 「특정암」의 치료를 직접적인 목적으로 「다빈치로봇 암수술」을 받은 때에는 보험수익자에게 최초1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇 암수술비(특정암)으로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 180일 경

과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 180일이 지난날의 다음날을 말하며, 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액		
	최초계약일부터 180일 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 180일 경과시점 이후 최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
특정암으로 다빈치로봇 암수술시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	다빈치로봇 암수술비 (특정암)보장 보험가입금액의 25%	다빈치로봇 암수술비 (특정암)보장 보험가입금액의 50%	다빈치로봇 암수술비 (특정암)보장 보험가입금액의 100%

【다빈치로봇 암수술비(특정암)】(예시)
(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 「특정암」으로 다빈치로봇 암수술을 받은 경우 >

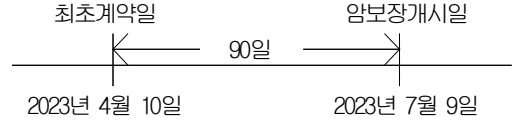


③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항 및 제2항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험금으로 지급합니다.

구 분	지급금액
암(특정암제외)로 다빈치로봇 암수술시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	다빈치로봇 암수술비 (암(특정암제외))보장 보험가입금액의 100%
특정암으로 다빈치로봇 암수술시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	다빈치로봇 암수술비 (특정암)보장 보험가입금액의 100%

④ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일(예시)】(단, 보험나이 15세이상인 경우)



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(「암(특정암제외)」, 「특정암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(특정암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C73(갑상선의 악성신생물) 및 O61(전립선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물) 및 O61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「암」이라 함은 「암(특정암제외)」, 「특정암」을 총칭합니다.

④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세비늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는

원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세 불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조(다빈치로봇 암수술의 정의)

① 이 특별약관에서 「다빈치로봇 암수술」이란 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 「수술」을 한 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

수가코드	행위명
Q2961	로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci®

【다빈치로봇 암수술】

다빈치로봇 암수술이란 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.

(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술 도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇 암수술」을 받은 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「다빈치로봇 암수술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

⑤ 제4항 제8호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제8호의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제8조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관의 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 다빈치로봇 암수술비(암(특정암제외)) 지급사유가 발생한 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 회사는 해당 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 이 특별약관의 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 다빈치로봇 암수술비(특정암) 지급사유가 발생한 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장책임은 그 때부터 소멸되며, 회사는 해당 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관의 보장책임이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제3항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-6. 갱신형 특정질환3대치료비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)
- ② 유방병변 진공보조장치이용절제치료비(최초1회한)
- ③ 자궁근종 고강도초음파집속술치료비(최초1회한)

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

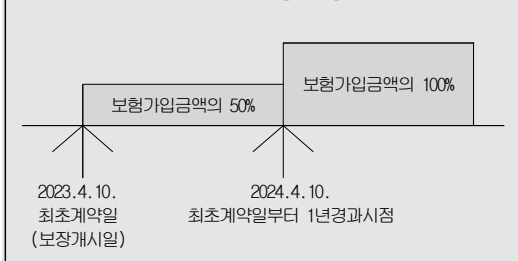
① 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 「갑상선특정질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「갑상선고주파열치료술」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선질환 고주파열치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
갑상선질환 고주파열치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	갑상선질환 고주파열치료비보장 보험가입금액의 50%	갑상선질환 고주파열치료비보장 보험가입금액의 100%

【갑상선질환 고주파열치료비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선질환 고주파열치료비로 지급합니다.

구분	지급금액
갑상선질환 고주파열치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	갑상선질환 고주파열치료비보장 보험가입금액의 100%

2.(갑상선특정질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「갑상선특정질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 D34(갑상선의 양성신생물) 및 E04(기타 비독성 고이더)로 분류되는 질병으로, 【별표4(갑상선특정질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「갑상선특정질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상조건(sign)과 함께 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 초음파 등을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「갑상선특정질환」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「갑상선특정질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「갑상선특정질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

3.(갑상선고주파열치료술의 정의)

① 이 특별약관에서 「갑상선고주파열치료술」이라 함은 의사가 피보험자의 「갑상선특정질환」으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

수가코드	행위명
PZ612	증상이 있는 갑상선양성결절의 고주파열치료술

【갑상선고주파열치료술】

갑상선고주파열치료술이란 고주파가 발생하는 특수바늘(전극)을 갑상선 종양에 삽입하여 고열로 괴사시키는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「수가코드」를 받지 않았다 하더라도 진료비 세부내역서 및 수술기록지상 「갑상선고주파열치료술」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「갑상선고주파열치료술」을 받은 것으로 봅니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여비급 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 치료 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드를 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「갑상선

고주파열치료술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

4. (보장의 소멸)

- ① 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선질환 고주파열 치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 보장책임의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

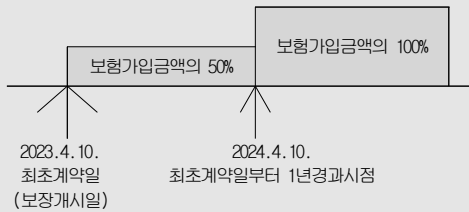
② 유방병변 진공보조장치이용절제치료비(최초1회한)

1. (보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 「유방특정질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「진공보조장치이용절제술」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유방병변 진공보조장치이용절제치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
유방병변 진공보조장치 이용절제치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	유방병변 진공보조장치 이용절제치료비보장 보험가입금액의 50%	유방병변 진공보조장치 이용절제치료비보장 보험가입금액의 100%

【유방병변 진공보조장치이용절제치료비(예시)】



- ② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유방병변 진공보조장치이용절제치료비로 지급합니다.

구분	지급금액
유방병변 진공보조장치이용절제치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	유방병변 진공보조장치 이용절제치료비보장 보험가입금액의 100%

2. (유방특정질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「유방특정질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 D24(유방의 양성 신생물) 및 N60(양성 유방형성이상)으로 분류되는 질병으로, 중【별표5(유방특정질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

- ② 「유방특정질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 초음파 등을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「유방특정질환」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「유방특정질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유방특정질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

3. (진공보조장치이용절제술의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「진공보조장치이용절제술」이라 함은 의사가 피보험자의 「유방특정질환」으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 행해지는 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」 의료행위를 말합니다.

- ② 제1항의 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」은 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(보건복지부고시 제2019-243호)」의 [별표1]의 770에 해당하는 의료행위를 말합니다.

[신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(별표1)]
770. 초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술

가. 기술명

- 한글명 : 초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술
- 영문명 : Ultrasound-guided Vacuum Assisted Breast Benign Lesion Excision

나. 사용목적

- 유방 양성병변의 치료를 위한 절제

다. 사용대상

- 유방 양성병변 환자

라. 시술방법

- 초음파유도하 진공보조장치를 이용하여 병변 부위에 탐침을 삽입하여 탐침 내로 병변을 흡인하며 절제함

③ 이 특별약관 체결시점 이후 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 개정에 따라 해당 의료행위 번호가 변경된 경우는 치료 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐사 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

4. (보장의 소멸)

① 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 유방병변 진공보조장치이용절제치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 때에는 회사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 보장책임의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

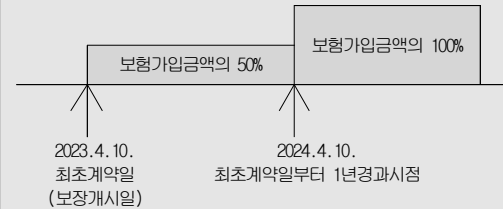
③ 자궁근종 고강도초음파집속술치료비(최초1회한)

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 「자궁근종」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「고강도초음파집속술」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 자궁근종 고강도초음파집속술치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
자궁근종 고강도초음파 집속술치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	자궁근종 고강도초음파 집속술치료비보장 보험가입금액의 50%	자궁근종 고강도초음파 집속술치료비보장 보험가입금액의 100%

【자궁근종 고강도초음파집속술치료비(예시)】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 자궁근종 고강도초음파집속술치료비로 지급합니다.

구분	지급금액
자궁근종 고강도초음파집속술치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	자궁근종 고강도초음파 집속술치료비보장 보험가입금액의 100%

2. (자궁근종의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「자궁근종」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 D25(자궁의 평활근종)으로 분류되는 질병으로, 【별표6(자궁근종 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「자궁근종」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 초음파 등을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「자궁근종」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「자궁근종」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「자궁근종」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

3. (고강도초음파집속술의 정의)

① 이 특별약관에서 「고강도초음파집속술」이라 함은 의사가 피보험자의 「자궁근종」으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다. 다만, 「자기공명영상유도하 고강도 초음파집속술(자궁근종)」에 해당하는 의료행위는 보장대 상에서 제외합니다.

수가코드	행위명
RZ566	초음파 유도하 고강도초음파집속술 (자궁근종, 자궁선근증)

【고강도초음파집속술】

고강도의 초음파에너지를 한 곳에 모을 때 초점에서 발생하는 고열을 이용해 자궁근종, 자궁선근증 조직을 태워 없애는 치료방법

② 제1항의 「수가코드」를 받지 않았다 하더라도 진료비 세부내역서 및 수술기록지상 「고강도초음파집속술」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「고강도초음파집속술」을 받은 것으로 봅니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우는 치료 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드를 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「고강도 초음파집속술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

4. (보장의 소멸)

① 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 자궁근종 고강도초음파집속술치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸될 때에는 회사는 이 보장책임의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 보장책임의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 각 세부조항의 「보험금의 지급사유」 조항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)

에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생하거나 아래의 경우에 해당 하는 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 미용성형 목적의 치료
- ② 검사 및 진단을 위한 치료(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)」 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 등), 수술확인서 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

각 세부보장에서 정한 「보장의 소멸」 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

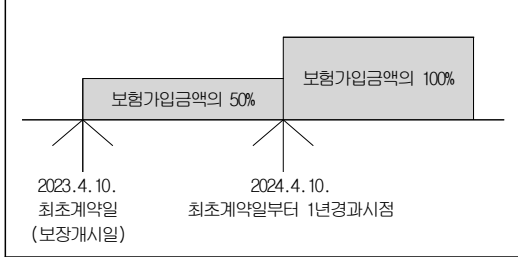
2-7. 갱신형 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 「갑상선특정질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「갑상선고주파열치료술」을 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선질환 고주파열치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
갑상선질환 고주파열치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【갑상선질환 고주파열치료비(예시)】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선질환 고주파열치료비로 지급합니다.

구분	지급금액
갑상선질환 고주파열치료비 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(갑상선특정질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「갑상선특정질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 D04(갑상선의 양성신생물) 및 E04(기타 비독성 고이터)로 분류되는 질병으로, 【별표4(갑상선특정질환 분류표)】에서 정한 질병을 말함

니다.

② 「갑상선특정질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 함)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 초음파 등을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「갑상선특정질환」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「갑상선특정질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「갑상선특정질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조(갑상선고주파열치료술의 정의)

① 이 특별약관에서 「갑상선고주파열치료술」이라 함은 의사가 피보험자의 「갑상선특정질환」으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

수가코드	행위명
PZ612	증상이 있는 갑상선양성결절의 고주파열치료술

【갑상선고주파열치료술】

갑상선고주파열치료술이란 고주파가 발생하는 특수바늘(전극)을 갑상선 종양에 삽입하여 고열로 괴사시키는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「수가코드」를 받지 않았다 하더라도 진료비 세부내역서 및 수술기록지상 「갑상선고주파열치료술」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「갑상선고주파열치료술」을 받은 것으로 봅니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정제 따라 수가코드가 변경된 경우는 치료 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용하며, 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드를 따릅니다.

④ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「갑상선고주파열치료술」에 해당하는 수가코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)」 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 등), 수술확인서 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생하거나 아래의 경우에 해당하는 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 미용성형 목적의 치료
- ② 검사 및 진단을 위한 치료(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선질환 고주파열치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸될 때에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-8. 갱신형 특정면역항암약물허가치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

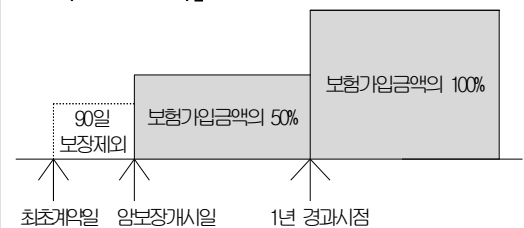
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정면역항암약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
특정면역항암 약물허가치료시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

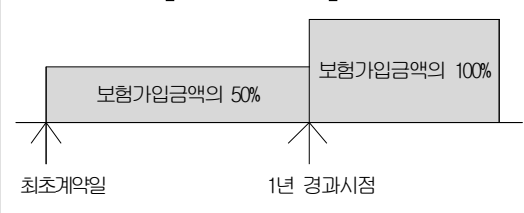
【특정면역항암약물허가치료비[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 「암(유사암제외)」 >



< 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 >

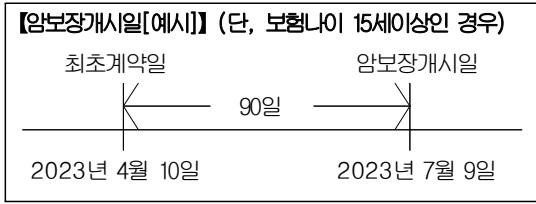


② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정면역항암약물허가치료비로 지급합니다.

구분	지급금액
특정면역항암약물허가치료시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

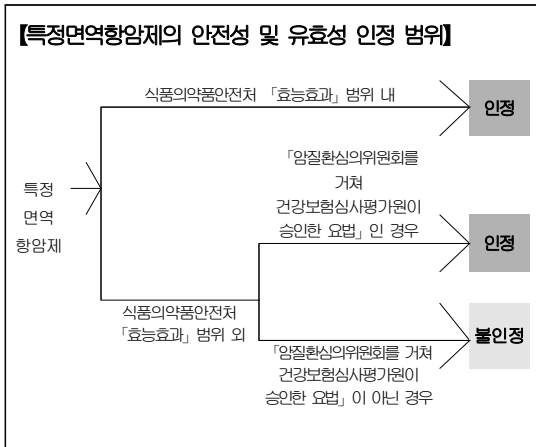
③ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의

다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

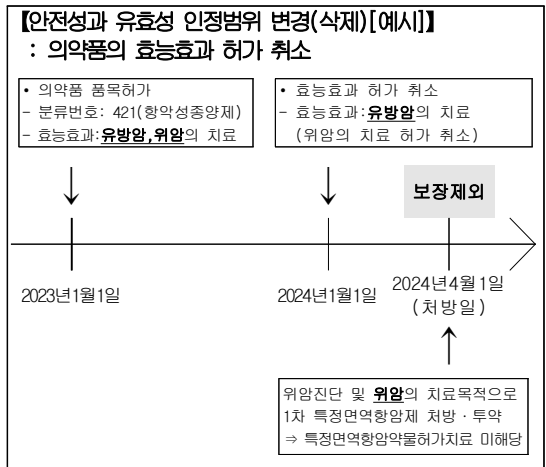
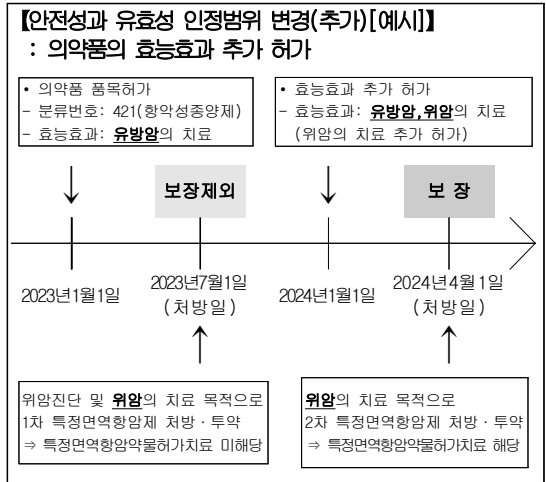


제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정면역항암약물허가치료비는 특정면역항암제가 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



② 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정면역항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 특정면역항암제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표】) 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표】) 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로

분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정)에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준

하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

- ① 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
- ② 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
- ③ 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)】

면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제】

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 백터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

【특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표7(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다.)으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 특정면역항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉡ 진단명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용

여부

- ㉥ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
 - ④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정면역항암약물 허가치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방버서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-9. 갱신형 계속받는 특정면역항암약물허가치료비 (연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 계속받는 특정면역항암약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
특정면역항암약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	첫번째	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	두번째 이후	-	보험가입금액의 10%

② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 계속받는 특정면역항암약물허가치료비로 지급합니다.

구 분		지급금액
특정면역항암약물허가치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	첫번째	보험가입금액의 100%
	두번째이후	보험가입금액의 10%

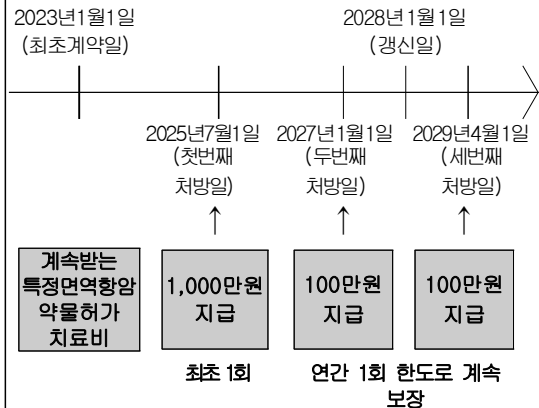
③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 차회 갱신계약의 보험기간 중 보험금 지급사유 발생시 보험가입금액의 10%를 계속받는 특정면역항암약물허가치료비로 지급합니다.

④ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

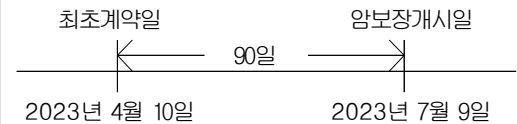
⑤ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

【계속받는 특정면역항암약물허가치료비 보장[예시]】

(가입금액 1,000만원 기준)



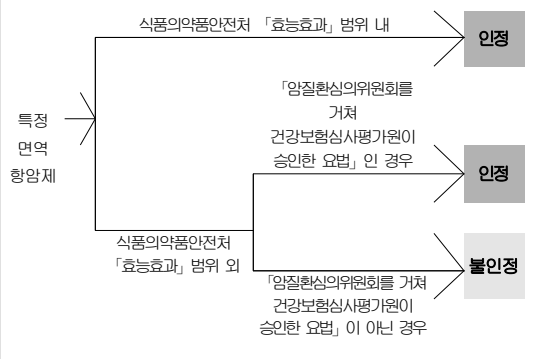
【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



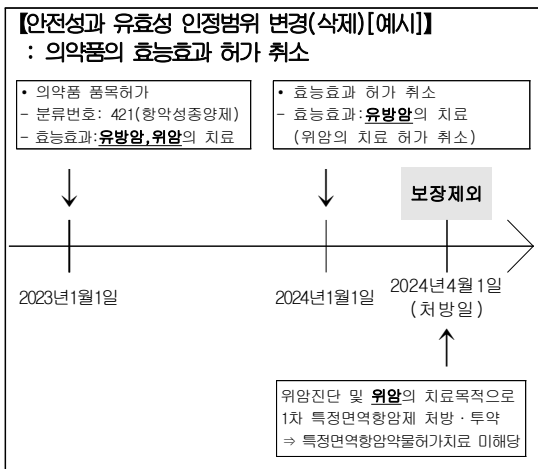
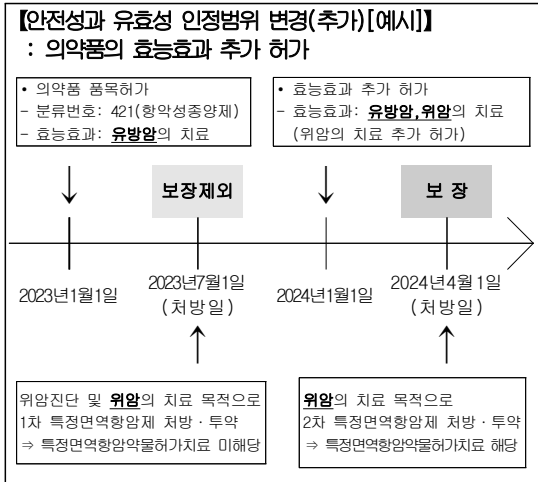
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 계속받는 특정면역항암약물허가치료비는 특정면역항암제가 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외로 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)에서 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위】



② 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정면역항암약물허가치료를 받은 경우」라 함은 특정면역항암제를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로

분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병비한의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정)에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준

하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

- ① 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
- ② 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
- ③ 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)】

면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제】

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 백터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

【특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표7(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의약품 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 특정면역항암약물허가치료 증명서
 - ㉠ 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야합니다)
 - ㉡ 진단명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

- ㉔ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

- ④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하여 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

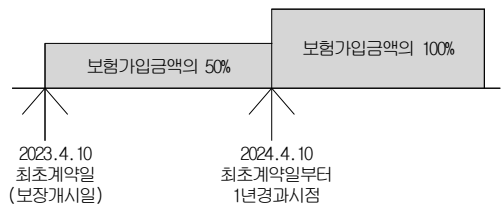
2-10. 갱신형 체외충격파쇄석술치료비 (급여,연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 「체외충격파쇄석술(급여)」을 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 체외충격파쇄석술치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
체외충격파쇄석술(급여)치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【체외충격파쇄석술치료비(예시)】



② 제1항에도 불구하고 상해로 인하여 제1항의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 최초계약일로부터 1년경과시점 전일 이전에도 이 특별약관의 보험가입금액 100%를 제1항의 체외충격파쇄석술치료비로 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 체외충격파쇄석술치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
체외충격파쇄석술(급여)치료시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

④ 제1항 및 제3항에서 「연간」이라 함은 최초계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「체외충격파쇄석술(급여)」을 받은 경우에도 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 체외충격파쇄석술치료비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정

에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(체외충격파쇄석술(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「체외충격파쇄석술(급여)」이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
체외충격파쇄석술 [신, 요관, 방광결석 또는 담석, 체석]	R3504- R3508

【체외충격파쇄석술(ESWL)】

몸 밖에서 높은 에너지의 충격파를 콩팥이나 요관결석에 집중적으로 쏘아, 결석이 서서히 부서지게 만들고, 소변과 함께 자연 배출되게 하는 치료법으로 몸에 상처를 입히지 않는 비침습적 시술을 말하며, 근골격계 질환에서 주로 시행되는 체외충격파치료술(ESWT)은 제외됩니다.

② 제1항의 「체외충격파쇄석술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「체외충격파쇄석술(급여)」 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「체외충격파쇄석술(급여)」의 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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, 공공도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-11. 갱신형 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 (1-3종, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- | |
|--|
| ① 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환] |
| ② 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[2종 기타질환] |
| ③ 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조] |

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

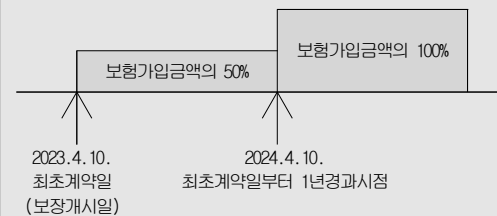
- | |
|--|
| ① 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환] |
|--|

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환]로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환]보장 보험가입금액의 50%	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환]보장 보험가입금액의 100%

【질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환]】[예시]



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환]

환)로 지급합니다.

구분	지급금액
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환] 보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

2.(특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료」라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에서 정한 아래의 「수가코드」 또는 「기술번호」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드 (기술번호)
고주파정맥내막폐색술 [유도로 포함] 가. 교통정맥결찰술을 동반한 경우 나. 교통정맥결찰술을동반하지않은경우	0Y201 0Y202
광투시정맥흡입제거술 가. 교통정맥결찰술을 동반한 경우 나. 교통정맥결찰술을 동반하지 않은 경우	0Y203 0Y204
시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐색술[유도로 포함]	0Z303
레이저정맥폐색술 [유도로 포함]	0Z304
경피적 기계화학 정맥폐색술	0Z308
근골격계 종양의 고주파열치료술	SZ081
추간판내 고주파 열치료술	SZ083
자가 골수 줄기세포 치료·연골결손	SZ085
골수 내 하지 길이 자동조정 연장술	SZ089
내시경적 경막외강 신경근성형술	SZ631
경피적 경막외강 신경근성형술	SZ634
경피적 풍선확장 경막외강 신경근성형	SZ641
콜라겐 I/III형 이중막을 덮개로 이용한 자가유래연골세포이식술	신의료366

② 제1항의 신의료기술 「기술번호」는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과(유효성)를 인정받은 경우에 한하여 순차적으로 부여되는 고유한 번호(【별표8(특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료 분류표)】참조)를 말합니다.

③ 제1항의 「수가코드」 또는 「기술번호」를 받지 않았다 하더라도 진료비세부내역서 및 수술기록지상 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료」를 받은 것으로 봅니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비

급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정에 따라 수가코드 또는 기술번호가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 수가코드 및 기술번호가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드 및 기술번호를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료」 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정으로 수가코드 또는 기술번호가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

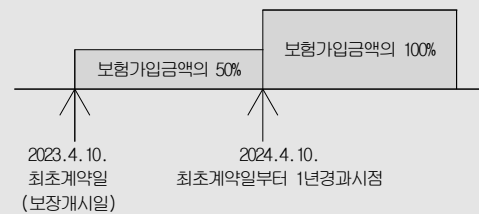
② 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[2종 기타질환]

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[2종 기타질환]로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환]보장 보험가입금액의 50%	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환]보장 보험가입금액의 100%

【질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[2종 기타질환] 예시】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[2종 기타질환]로 지급합니다.

구분	지급금액
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환]보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

2.(특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에서 정한 아래의 「수가코드」 또는 「기술번호」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드 (기술번호)
비밸브재건술	QZ111
후두내시경 필스다이라이저 후두수술	QZ132
증상이 있는 감작성양성결절의 경피적레이저치료술	PZ611
증상이 있는 감작성양성결절의 고주파열치료술	PZ612
연구개 이식물 삽입술	QZ372
이설근전진술	QZ373
설골 감작성골 고정술	QZ374
원형자동문합기를 이용한 경향문 직장절제술 [원형자동문합기 포함]	QZ491
간암의 초음파유도 고강도초음파집속술	QZ844
체장도세포분리, 체장도세포냉동보관, 체장도세포배양 및 체장도세포이식	QZ901
고강도 초음파 집속술 [전립선암]	RZ511
이식형 결찰사를 이용한 전립선 결찰	RZ515
자기유래배양피부이식술	SZ032
지방흡입기를 이용한 액취증·다한증 수술	SZ033
자기공명영상유도하 고강도 초음파집속술[뇌]	SZ630
망막하 경성 삼출물 제거술	SZ663
황반부 전위술	SZ664
각막내링삽입술[원추각막]	SZ668
각막교차결합술	SZ669
고주파성유주절개 [내측접근]	SZ671
금판 삽입술	신의료123
폐 고주파 치료술	신의료513
내시경 귀수술	신의료670
클립을 사용한 경피적 경도관 승모판재건술	신의료678
당관협착을 동반한 당관종양 고주파 열치료술	신의료720
복강경 보조하 경향문 접근 직장 및 에스장 절제술	신의료785

② 제1항의 신의료기술 「기술번호」는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과(유효성)를 인정받은 경우에 한하여 순차적으로 부여되는 고유한 번호(【별표9(특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료 분류표)】 참조)를 말합니다.

③ 제1항의 「수가코드」 또는 「기술번호」를 받지 않았다 하더라도 진료비세부내역서 및 수술기록지상 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」를 받은 것으로 봅니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정에 따라 수가코드 또는 기술번호가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 수가코드 및 기술번호가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드 및 기술번호를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정으로 수가코드 또는 기술번호가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

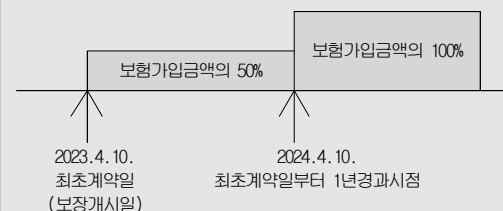
③ 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조]

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「질병 로봇보조 비급여치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조]로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조]보장 보험가입금액의 50%	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조]보장 보험가입금액의 100%

【질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조] 예시】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조]로 지급합니다.

구분	지급금액
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조] 보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (질병 로봇보조 비급여치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「질병 로봇보조 비급여치료」라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록에서 정한 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드 (기술번호)
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] 가. 다빈치 기기 da Vinci [®] 나. 레오아이 기기 Revo-i	QZ961 QZ964

② 제1항의 「수가코드」를 받지 않았다 하더라도 진료비 세부내역서 및 수술기록지상 「질병 로봇보조 비급여치료」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「질병 로봇보조 비급여치료」를 받은 것으로 봅니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「질병 로봇보조 비급여치료」의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록개정으로 수가코드가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「질병 로봇보조 비급여치료」의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 각 세부조항의 「보험금의 지급사유」 조항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)

에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F04~F99)
- ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)(단, 보장 개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보상합니다.)
- ③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산 후기로 수술한 경우(000~099)
- ④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(000~099)
- ⑤ 비만(E66)
- ⑥ 요실금(N99.3, N99.4, R32)
- ⑦ 비노기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
- ⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 단순한 피로 또는 권태
- ④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상 모반 등 선천성 비산생물성모반(082.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
- ⑤ 발기부전(impotence)-불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경열반 등 안과질환
- ⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료
- ⑦ 검사 및 진단을 위한 치료(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑧ 피임(避妊)목적 또는 피임(避妊) 및 불임술 후 가임

목적의 치료

- ⑨ 보건복지부에서 고시하는 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표2] 제한적 의료기술, [별표3] 혁신의료기술에 해당하는 의료행위

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비세부내역서, 진단서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-12. 갱신형 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 (1-4종, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환]
- ② 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[2종 기타질환]
- ③ 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조]
- ④ 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[4종 여성 비뇨생식기질환]

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

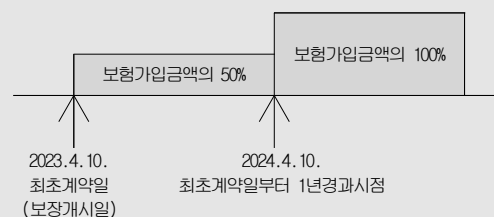
- ① 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환]

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환]로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환]보장 보험가입금액의 50%	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환]보장 보험가입금액의 100%

【질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환]】예시】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보

협수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여,신의료기술치료비[1종 근골 및 하지정맥류질환]로 지급합니다.

구분	지급금액
질병 특정 비급여,신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여,신의료기술치료비 [1종 근골 및 하지정맥류질환] 보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

2.(특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여,신의료기술치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여,신의료기술치료」라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에서 정한 아래의 「수가코드」 또는 「기술번호」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드 (기술번호)
고주파정맥내마폐쇄술 [유도로 포함] 가. 교통정맥결찰술을 동반한 경우 나. 교통정맥결찰술을동반하지않은경우	0Y201 0Y202
광투시정맥흡입제거술 가. 교통정맥결찰술을 동반한 경우 나. 교통정맥결찰술을 동반하지 않은 경우	0Y203 0Y204
시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐색술[유도로 포함]	0Z303
레이저정맥폐쇄술 [유도로 포함]	0Z304
경피적 기계화학 정맥폐색술	0Z308
근골격계 중앙의 고주파열치료술	SZ081
추간판내 고주파 열치료술	SZ083
자가 골수 줄기세포 치료·연골결손	SZ085
골수 내 하지 길이 자성조절 연장술	SZ089
내시경적 경막외강 신경근성형술	SZ631
경피적 경막외강 신경성형술	SZ634
경피적 풍선확장 경막외강 신경성형	SZ641
콜라겐 I/III형 이중막을 덮개로 이용한 자가유래연골세포이식술	신의료366

② 제1항의 신의료기술 「기술번호」는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과(유효성)를 인정받은 경우에 한하여 순차적으로 부여되는 고유한 번호(【별표8(특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여,신의료기술치료 분류표)】참조)를 말합니다.

③ 제1항의 「수가코드」 또는 「기술번호」를 받지 않았다 하더라도 진료비세부내역서 및 수술기록지상 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여,신의료기술치료」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여,신의료기술치료」를 받은 것으로

봅니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정에 따라 수가코드 또는 기술번호가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 수가코드 및 기술번호가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드 및 기술번호를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여,신의료기술치료」의 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정으로 수가코드 또는 기술번호가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여,신의료기술치료」의 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

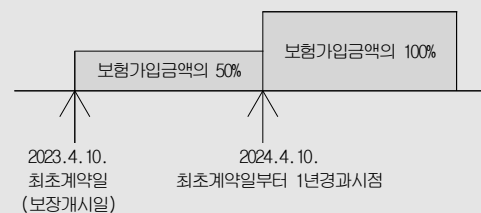
② 질병 특정 비급여,신의료기술치료비[2종 기타질환]

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「특정 기타질환 비급여,신의료기술치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여,신의료기술치료비[2종 기타질환]로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환]보장 보험가입금액의 50%	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환]보장 보험가입금액의 100%

【질병 특정 비급여,신의료기술치료비[2종 기타질환] 예시】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수

익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[2종 기타질환]로 지급합니다.

구분	지급금액
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [2종 기타질환]보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에서 정한 아래의 「수가코드」 또는 「기술번호」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드 (기술번호)
비밸브재건술	QZ111
후두내시경 필스다이라이저 후두수술	QZ132
증상이 있는 감상선양성결절의 경피적레이저치료술	PZ611
증상이 있는 감상선양성결절의 고주파열치료술	PZ612
연구개 이식물 삽입술	QZ372
이설근전진술	QZ373
설골 감상연골 고정술	QZ374
원형자동문합기를 이용한 경향문 직장절제술 [원형자동문합기 포함]	QZ491
간암의 초음파유도 고강도초음파집속술	QZ844
체장도세포분리, 체장도세포냉동보관, 체장도세포배양 및 체장도세포이식	QZ901
고강도 초음파 집속술 [전립선암]	RZ511
이식형 결찰사를 이용한 전립선 결찰	RZ515
자기유래배양피부이식술	SZ032
지방흡입기를 이용한 액취증·다한증 수술	SZ033
자기공명영상유도하 고강도 초음파집속술[뇌]	SZ630
망막하 경성 삼출물 제거술	SZ663
황반부 전위술	SZ664
각막내링삽입술[원추각막]	SZ668
각막교차결합술	SZ669
고주파성유주절개 [내측접근]	SZ671
금관 삽입술	신의료123
폐 고주파 치료술	신의료513
내시경 귀수술	신의료670
클립을 사용한 경피적 경도관 승모판재건술	신의료678
담관협착을 동반한 담관중앙 고주파 열치료술	신의료720
복강경 보조하 경향문 접근 직장 및 에스장 절제술	신의료785

② 제1항의 신의료기술 「기술번호」는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과(유효성)를 인정받은 경우에 한하여 순차

적으로 부여되는 고유한 번호(【별표9(특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료 분류표)】참조)를 말합니다.

③ 제1항의 「수가코드」 또는 「기술번호」를 받지 않았다 하더라도 진료비세부내역서 및 수술기록지상 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」를 받은 것으로 봅니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정에 따라 수가코드 또는 기술번호가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 수가코드 및 기술번호가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드 및 기술번호를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정으로 수가코드 또는 기술번호가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

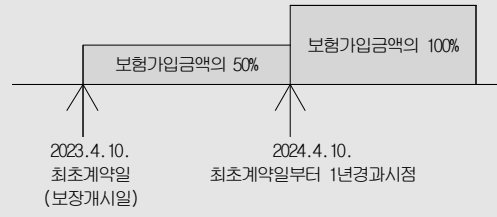
③ 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조]

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「질병 로봇보조 비급여치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조]로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조]보장 보험가입금액의 50%	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조]보장 보험가입금액의 100%

**【질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조]
[예시]**



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[3종 로봇보조]로 지급합니다.

구분	지급금액
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [3종 로봇보조]보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

2.(질병 로봇보조 비급여치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「질병 로봇보조 비급여치료」라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록에서 정한 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드 (기술번호)
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] 가. 다빈치 기기 da Vinci① 나. 레보아이 기기 Revo-i	QZ961 QZ964

② 제1항의 「수가코드」를 받지 않았다 하더라도 진료비 세부내역서 및 수술기록지상 「질병 로봇보조 비급여치료」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「질병 로봇보조 비급여치료」를 받은 것으로 봅니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「질병 로봇보조 비급여치료」의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록개정으로 수가코드

가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「질병 로봇보조 비급여치료」의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

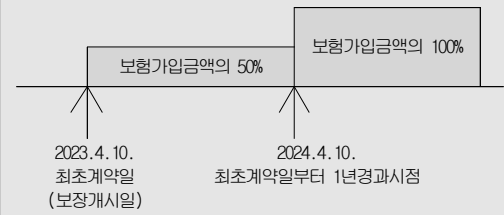
④ 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[4종 여성 비노생식기질환]

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[4종 여성 비노생식기질환]로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [4종 여성 비노생식기질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [4종 여성 비노생식기질환]보장 보험가입금액의 50%	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [4종 여성 비노생식기질환]보장 보험가입금액의 100%

【질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[4종 여성 비노생식기질환][예시]



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비[4종 여성 비노생식기질환]로 지급합니다.

구분	지급금액
질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [4종 여성 비노생식기질환] (단, 연간 1회에 한하여 지급)	질병 특정 비급여, 신의료기술치료비 [4종 여성 비노생식기질환]보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

2.(특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료」라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질

병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에서 정한 아래의 「수가코드」 또는 「기술번호」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	수가코드 (기술번호)
임체적 유방절제생검술	CZ977
초음파 유도하 고강도초음파집속술(자궁근종, 자궁선근증)	RZ566
자기공명영상유도하 고강도초음파집속술	RZ565
고주파 자궁근종용해술	RZ564
열풍선을 이용한 자궁내막소작술	신의료99
전동식세절기를 이용한 자궁경하 자궁근종절제술	신의료707
초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방양성생변 절제술	신의료770

② 제1항의 신의료기술 「기술번호」는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과(유효성)를 인정받은 경우에 한하여 순차적으로 부여되는 고유한 번호(【별표10(특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료 분류표)】 참조)를 말합니다.

③ 제1항의 「수가코드」 또는 「기술번호」를 받지 않았다 하더라도 진료비세부내역서 및 수술기록지상 「특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료」에 해당하는 의료행위를 하였음을 확인할 수 있는 경우 「특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료」를 받은 것으로 봅니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정에 따라 수가코드 또는 기술번호가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 수가코드 및 기술번호가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 수가코드 및 기술번호를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료」 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 제3부 행위 비급여 목록 및 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1] 개정으로 수가코드 또는 기술번호가 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 각 세부조항의 「보험금의 지급사유」 조항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의

견에 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 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F04~F99)
- ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보상합니다.)
- ③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(000~099)
- ④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(000~099)
- ⑤ 비만(E66)
- ⑥ 요실금(N99.3, N99.4, R32)
- ⑦ 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
- ⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병 특정 비급여, 신의료기술치료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 단순한 피로 또는 권태
- ④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(082.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
- ⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
- ⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료
- ⑦ 검사 및 진단을 위한 치료(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

- ⑧ 피임(避妊)목적 또는 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 치료
- ⑨ 보건복지부에서 고시하는 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표2] 제한적 의료기술, [별표3] 혁신의료기술에 해당하는 의료행위

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비세부내역서, 진단서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-13. 갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅱ(비급여)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

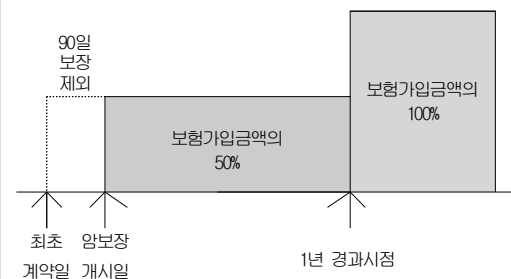
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「표적항암약물허가치료(비급여)」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비(비급여)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
표적항암약물 허가치료(비 급여)시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

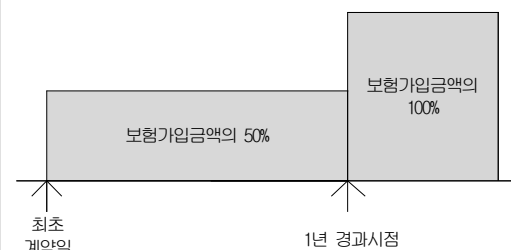
【표적항암약물허가치료비Ⅱ(비급여)】[예시]

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암(유사암제외) >



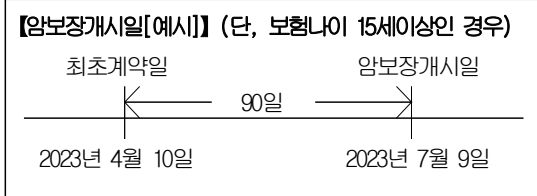
< 기타피부암 및 갑상선암 >



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비(비급여)로 지급합니다.

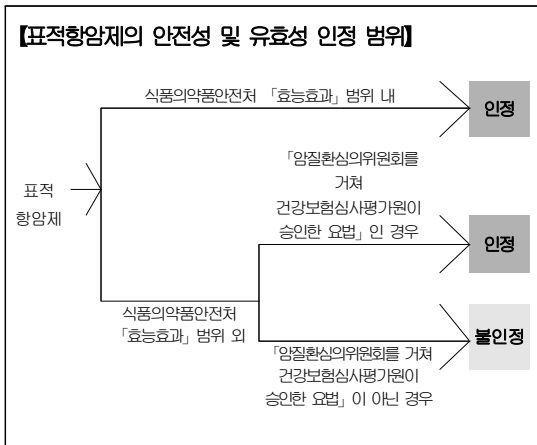
구 분	지급금액
표적항암약물허가치료(비급여)시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.



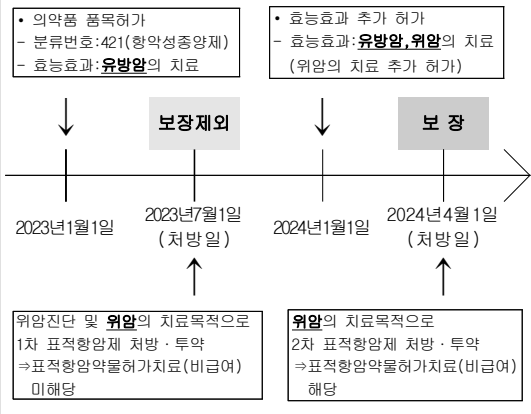
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비(비급여)는 표적항암제가 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(항후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

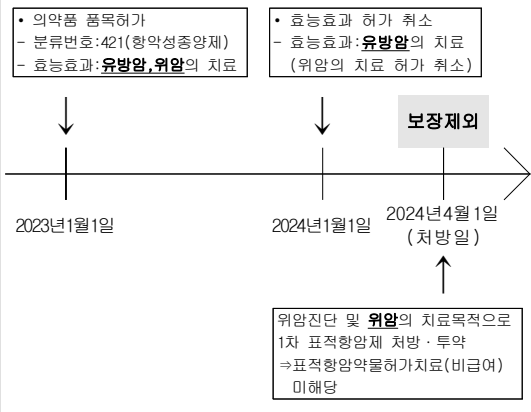


② 제1조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료(비급여)」를 받은 경우」라 함은 「비급여」에 해당되는 「표적항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제4조(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 비급여 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【안전성과 유효성 인정범위 변경(추가)[예시]】 : 의약품의 효능효과 추가 허가



【안전성과 유효성 인정범위 변경(삭제)[예시]】 : 의약품의 효능효과 허가 취소



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로

분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 비급여 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개

정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 억제제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 억제제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표3(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안정성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안정성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료(비급여)」라 함은 「표적항암약물허가치료」 중, 「비급여」 대상에 해당되는 치료를 말합니다.

⑥ 제5항의 「비급여」라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

⑦ 전액본인부담(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)은 급여에 해당하므로 「비급여」로 보지 않습니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에 있어 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

③ 표적항암약물허가치료 증명서

- ① 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ① 진단명
 - ② 투약한 약제의 제품명
 - ③ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ④ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ⑤ 급여적용여부
 - ⑥ 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이나 사용근거 및 소견
- ② 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 인한 표적항암약물허가치료비(비급여) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에

는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

**2-14. 갱신형 계속받는
표적항암약물허가치료비II(연간1회한)(비급여)
보장 특별약관**

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「표적항암약물허가치료(비급여)」를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 계속받는 표적항암약물허가치료비(비급여)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
표적항암약물 허가치료(비 급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	첫번째	보험가입 금액의 50%	보험가입 금액의 100%
	두번째이후	-	보험가입 금액의 10%

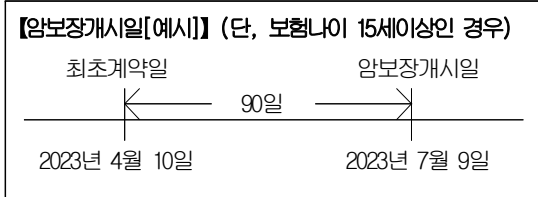
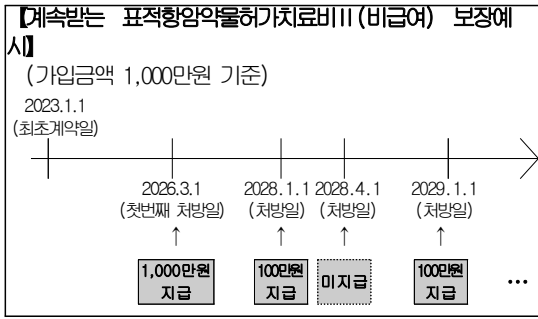
② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 계속받는 표적항암약물허가치료비(비급여)로 지급합니다.

구 분		지급금액
표적항암약물 허가치료(비 급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	첫번째	보험가입금액의 100%
	두번째이후	보험가입금액의 10%

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 차회 갱신계약의 보험기간 중 보험금 지급사유 발생시 보험가입금액의 10%를 계속받는 표적항암약물허가치료비(비급여)로 지급합니다.

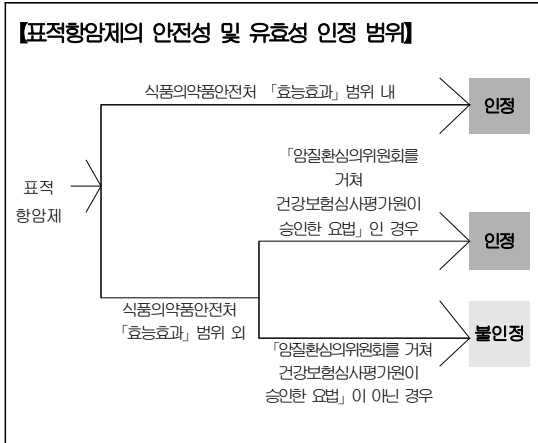
④ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 「암보장개시일」로 합니다.

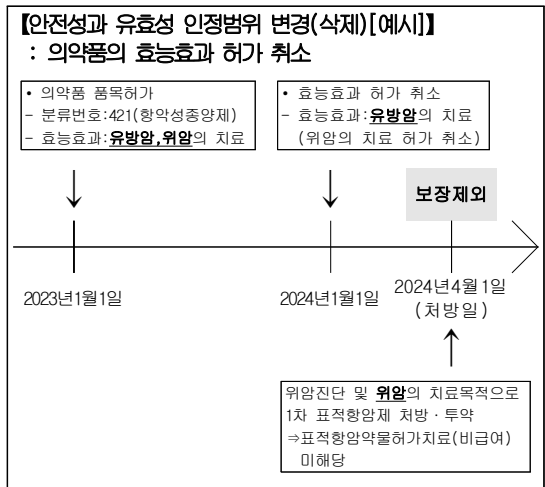
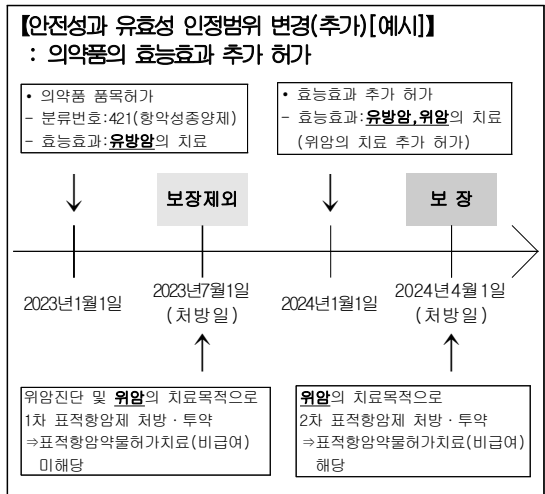


제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 계속받는 표적항암약물허가치료비(비급여)는 표적항암제가 식품의약품 안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



② 제1조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료(비급여)를 받은 경우」라 함은 「비급여」에 해당되는 「표적항암제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 제4조(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 비급여 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로

분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 비급여 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개

정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「항악성종양제」에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【호르몬 관련 치료제】

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 억제제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 장기에 작용하는 억제제 등을 말합니다.

【세포독성 항암제】

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

【생물학적 반응 조절제】

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표3(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안정성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안정성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 「표적항암약물허가치료(비급여)」라 함은 「표적항암약물허가치료」중, 「비급여」대상에 해당되는 치료를 말합니다.

⑥ 제5항의 「비급여」라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

⑦ 전액본인부담(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)은 급여에 해당하므로 「비급여」로 보지 않습니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에 있어 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

③ 표적항암약물허가치료 증명서

- ① 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉠ 진단명
 - ㉡ 투약한 약제의 제품명
 - ㉢ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ㉤ 급여적용여부
 - ㉥ 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이나 사용근거 및 소견
- ④ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 계약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제1절 일반조항 제8조 제5항
및 제35조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (특별약관 제1조 일반조항 제35조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
- 주2) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 주3) 가산이율 적용시 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40-C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43-C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69-C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73-C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76-C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81-C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정조직과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정

시점으로 변경되지 않습니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표3】

표적항암제 해당 의약품명 및 성분명

- 아래 「표적항암제」 해당 의약품명 및 성분명은 2022년 5월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 「표적항암제」 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	애폴리버셉트 afibercept	잘트랩주25mg/ml(애폴리버셉트)
2	알렉티닙염산염 allectinib	알렉티닙염산염150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 afatinib	자오트립정20밀리그램(아파티닙이말레산염) 자오트립정30밀리그램(아파티닙이말레산염) 자오트립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙) 인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조미브 bortezomib	벨조미브주1밀리그램(보르테조미브) 벨조미브주3.5밀리그램(보르테조미브) 벨케이드주(보르테조미브) 벨킨주2.5밀리그램(보르테조미브) 벨킨주3.5밀리그램(보르테조미브) 보르테조미브주3.5밀리그램(보르테조미브) 보르테조미브주2.5밀리그램(보르테조미브) 보르테조미브주3.5밀리그램(보르테조미브) 보르테조미브주(보르테조미브) 프로테조미브주(보르테조미브) 프로테조미브주2.5밀리그램(보르테조미브) 화이자보르테조미브주3.5mg(보르테조미브수화물)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메텍스정20밀리그램(카보잔티닙) 카보메텍스정40밀리그램(카보잔티닙) 카보메텍스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조미브 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조미브) 키프롤리스주60밀리그램(카르필조미브)
8	세리티닙 ceritinib	자리카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	크리조티닙 crizotinib	쥬코리캡슐200밀리그램(크리조티닙) 쥬코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
10	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염) 라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
11	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정20밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정50밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정70밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
12	엘로티닙염산염 erlotinib	엘로세타정100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로세타정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용) 엘로티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염) 타세바정100밀리그램(엘로티닙염산염) 타세바정150밀리그램(엘로티닙염산염) 타세바정25밀리그램(엘로티닙염산염) 타세바정100밀리그램(엘로티닙염산염) 타세바정150밀리그램(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
13	에베로리우스 everolimus	아피니토정 10밀리그램(에베로리우스)
		아피니토정 2.5밀리그램(에베로리우스)
		아피니토정 5밀리그램(에베로리우스)
		에리니토정 10mg(에베로리우스)
		에라니토정 5밀리그램(에베로리우스)(5mg/1정)
14	게피티닙 gefitinib	에베로조정 10밀리그램
		에베로조정 2.5밀리그램
		에베로조정 5밀리그램
		레피사정(게피티닙)
		스팩사정 250밀리그램(게피티닙)
15	이브루티닙 ibrutinib	이레사정(게피티닙)
		이레티닙정 250밀리그램(게피티닙)
		이레피논정(게피티닙)
		제피티닙정(게피티닙)
		임브루비카캡슐 140밀리그램(이브루티닙)
16	이매티닙메실산염 imatinib	글로티닙정 400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리니정 100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리니정 200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리니정 400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정 400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리벡필름코팅정 100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리벡필름코팅정 300밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리벡필름코팅정 400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리벡필름코팅정 100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리벡필름코팅정 300밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리벡필름코팅정 400밀리그램(이매티닙메실산염)
		루기벡필름코팅정 100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루기벡필름코팅정 200밀리그램(이매티닙메실산염)
		루기벡필름코팅정 400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정 100밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정 400밀리그램(이매티닙메실산염)
		유니티정 100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매티닙정 100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매티닙정 400밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정 100밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정 400밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정 100밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정 400밀리그램(이매티닙메실산염)
17	익사조임 시트레이트 ixazomib	니라로캡슐 2.3밀리그램(익사조임시트레이트)
		니라로캡슐 3밀리그램(익사조임시트레이트)
		니라로캡슐 4밀리그램(익사조임시트레이트)
18	라파티닙 티도실레이트 lapatinib	타이커브정 250밀리그램(라파티닙티도실레이트)
19	렌바티닙메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐 10밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐 4밀리그램(렌바티닙메실산염)
20	닐로티닙 염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐 150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐 200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
21	올라파림 olaparib	린파자캡슐 50밀리그램(올라파림)
		린파자정 100밀리그램(올라파림)
		린파자정 150밀리그램(올라파림)
22	오시머티닙 osimertinib	타그리소정 40밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정 80밀리그램(오시머티닙메실산염)
23	팔보시클립 palbociclib	임판스캡슐 100mg(팔보시클립)
		임판스캡슐 125mg(팔보시클립)
		임판스캡슐 75mg(팔보시클립)
24	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정 200밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정 400밀리그램(파조파닙염산염)
25	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정 15밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정 45밀리그램(포나티닙염산염)
26	라도티닙염산염 radotinib	슈펙트캡슐 100밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐 200밀리그램(라도티닙염산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
27	레고라페닙 regorafenib	스티바가정 400밀리그램(레고라페닙)
28	록소리티닙 인산염 ruxolitinib	자카비정 5밀리그램(록소리티닙인산염)
		자카비정 10밀리그램(록소리티닙인산염)
29	소라페닙도실레이트 (미분화) sorafenib	자카비정 15밀리그램(록소리티닙인산염)
		자카비정 20밀리그램(록소리티닙인산염)
30	수티닙말산염 sunitinib	넥사바정 200밀리그램 (소라페닙도실레이트(미분화))
		수텐캡슐 12.5밀리그램(수티닙말산염)
31	템시롤리우스 temsirolimus	수텐캡슐 25밀리그램(수티닙말산염)
		수텐캡슐 50밀리그램(수티닙말산염)
32	트라마티닙 디메틸설폭사이드 trametinib	토리셀주(템시롤리우스)
		매큐셀정 0.5밀리그램(트라마티닙디메틸설폭사이드)
33	반데타닙 vandetanib	매큐셀정 2밀리그램(트라마티닙디메틸설폭사이드)
		카프렐사정 100밀리그램(반데타닙)
34	베무라페닙 vemurafenib	카프렐사정 300밀리그램(반데타닙)
		젤보라프정 240밀리그램(베무라페닙)
35	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐 2.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 7.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 10mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 20mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐 25mg(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 10밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 15밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 20밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐 25밀리그램(레날리도마이드)
		레날리도정(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 15밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 20밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐 25밀리그램(레날리도마이드)
36	보리노스타트 vorinostat	졸린자캡슐 100밀리그램(보리노스타트)
37	브리가티닙 brigatinib	알론브릭정 30밀리그램(브리가티닙)
		알론브릭정 90밀리그램(브리가티닙)
38	미도스타우린 midostaurin	알론브릭정 180밀리그램(브리가티닙)
		라이담엔질캡슐 25밀리그램(미도스타우린)
39	니라파림 도실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐 100밀리그램(니라파림도실산염일수화물)
40	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
41	트라스투주맙엠탄신 trastuzumabemtansine	캐싸일라주 100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주 160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
42	트라스투주맙 trastuzumab	상페넷주 150밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴주 150밀리그램(트라스투주맙)
		(단클론항체, 유전자재조합)
		허셉틴주 440밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴피하주사 800밀리그램(트라스투주맙)
43	오비누투주맙 obinutuzumab	허츄마주 150mg(트라스투주맙)
		(단클론항체, 유전자재조합)
44	실룩시맙 siltuximab	허츄마주 440mg(트라스투주맙)
		(단클론항체, 유전자재조합)
45	세룩시맙 cetuximab	가싸이바주(오비누투주맙, 유전자재조합)
46	블리나투오맙 blinatumomab	실반트주 100밀리그램(실룩시맙, 유전자재조합)
		실반트주 400밀리그램(실룩시맙, 유전자재조합)
47	브렌텍시맙베도틴 brentuximab vedotin	알비톡스주 5mg/mL(세룩시맙)
		블리나사이드주 35마이크로그램 (블리나투오맙, 유전자재조합)
47	브렌텍시맙베도틴 brentuximab vedotin	에드세트리스주(브렌텍시맙베도틴)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
48	베바시주암 bevacizumab	아바스틴주(베바시주암)
		온베브지주(베바시주암)
		자이라베브주(베바시주암)
49	리톡시암 rituximab	맵테라주(리톡시암)(단클론항체, 유전자재조합)
		맵테라피하주사(리톡시암)(유전자재조합)
		트록시마주(리톡시암)(단클론항체, 유전자재조합)
50	라우시루암 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터 (라우시루암, 유전자재조합)
51	다라투루암 daratumumab	다잘렉스주(다라투루암)
52	아테졸리주암 atezolizumab	티벤트럭주(아테졸리주암)
53	니볼루암 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루암, 유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루암, 유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루암, 유전자재조합)
54	펜브롤리주암 pembrolizumab	키트루다주(펜브롤리주암, 유전자재조합)
		세엘전탈리도마이드캡슐50밀리그램
		탈라이드캡슐100mg(탈라이도마이드)
55	탈리도마이드 thalidomide	탈라이드캡슐50mg(탈라이도마이드)
		탈로다캡슐100밀리그램(탈라이도마이드)
		탈로다캡슐50밀리그램(탈라이도마이드)
		탈리그로브캡슐100밀리그램(탈라이도마이드)
		탈리그로브캡슐50밀리그램(탈라이도마이드)
56	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
57	이필리루암 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리루암, 유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터 (이필리루암, 유전자재조합)
58	더발루암 durvalumab	임핀지주(더발루암)
59	이노투주암 오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주암오조가마이신)
60	아벨루암 avelumab	비벤시오주(아벨루암)
61	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정100밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정150밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
62	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)
63	길테리티닙푸마르산염 gilteritinib	조스파타정40밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
64	다코미티닙 daclotinib hydrate	비징프로정15밀리그램(다코미티닙수화물)
		비징프로정45그램(다코미티닙수화물)
		비징프로정30밀리그램(다코미티닙수화물)
65	리보시클립 ribociclib	키스칼리정 200밀리그램(리보시클립속산산염)
66	엔트렉티닙 entrectinib	로즐리트렉캡슐100밀리그램(엔트렉티닙)
		로즐리트렉캡슐200밀리그램(엔트렉티닙)
67	라로트렉티닙 larotrectinib	비트락비백(라로트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐100밀리그램(라로트렉티닙황산염)
		비트락비캡슐25밀리그램(라로트렉티닙황산염)
68	레이저티닙 laxertinib	렉라자정80밀리그램(레이저티닙메실산염일수화물)
69	엔코라페닙 Encorafenib	비라토비캡슐75밀리그램(엔코라페닙)
70	이사록시암 Isatuximab	살클리사주(이사록시암)
71	티사젠렉루셀 Tisagenlecleucel	클리마주
72	탈라조파립 Talazoparib	탈제나캡슐1mg
		탈제나캡슐0.25mg
73	로라티닙 Lorlatinib	로비큐아정25mg
		로비큐아정100mg
74	겐투주암오조가마이신 Gemtuzumab Ozogamicin	마일로탁주4.5mg

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
75	아미반타브 Amivantamab 350mg	리브리반트주
76	소토라심 Sotorasib	루마크라스정 120mg
77	폴라투주암베도틴 Polatuzumab Vedotin	폴라이비주(폴라투주암베도틴)
78	네라티닙말레산염 Neratinib Maleate	너링스정(네라티닙말레산염)
79	자누브루티닙 Zanubrutinib	브루킨사캡슐80밀리그램(자누브루티닙)
80	테포티닙 Tepotinib Hydrochloride Hydrate	텡페코정225밀리그램(테포티닙염산염수화물)
81	프랄세티닙분무건조 분산체 Pralsetinib Spray Dried Dispersion	가브레토캡슐100밀리그램(프랄세티닙)
82	셀퍼카티닙 Selpercatinib	레테브모캡슐40밀리그램(셀퍼카티닙)
83	에시미닙염산염 Asciminib Hydrochloride	셀블락스정20밀리그램(에시미닙염산염)
		셀블락스정40밀리그램(에시미닙염산염)
84	카프마티닙염산염 수화물 Capmatinib Hydrochloride Monohydrate	디브렉타정150밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
		디브렉타정200밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
85	퍼투주암/트라스투주 암 Pertuzumab/Trastuzumab	페스코피하주사1200/600밀리그램(퍼투주암/트라스투주암)
		페스코피하주사600/600밀리그램(퍼투주암/트라스투주암)
86	티라브루티닙염산염 Tirabrutinib Hydrochloride	베렉스브루정80밀리그램(티라브루티닙염산염)

- 성분명은 「효능효과」를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 「표적항암제」 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

【별표4】

갑상선특정질환 분류표

1. 약관에 규정하는 갑상선특정질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질환 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대상질환	분류번호
갑상선의 양성 신생물	D34
기타 비독성 고이터	E04

대상질환분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질환 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질환 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

유방특정질환 분류표

1. 약관에 규정하는 유방특정질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질환 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대상질환	분류번호
유방의 양성 신생물	D24
양성 유방형성이상	N60

대상질환분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질환 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질환 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】

자궁근종 분류표

1. 약관에 규정하는 자궁근종으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
자궁의 평활근종	D25

대상질병분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표7】

특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명

1. 아래 「특정면역항암제」 해당 의약품명 및 성분명은 2022년 5월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 「특정면역항암제」 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과の内容을 통해 확인하실 수 있습니다.

작용기전 분류	성분명 (국문·영문)	의약품명(국문)
면역관문억제제	아테졸리주맙 atezolizumab	티센트릭주(아테졸리주맙)
	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙, 유전자재조합) 옵디보주100mg(니볼루맙, 유전자재조합) 옵디보주240mg(니볼루맙, 유전자재조합)
	펜브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펜브롤리주맙, 유전자재조합)
	이필리우맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리우맙, 유전자재조합) 여보이주50밀리그램/10밀리리터 (이필리우맙, 유전자재조합)
	더발루맙 durvalumab	임핀지주(2.4mL)(더발루맙) 임핀지주(10mL)(더발루맙)
	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
항체약물 중합체 항암 치료제	트라스투주맙 엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주100밀리그램 (트라스투주맙엠탄신) 캐싸일라주160밀리그램 (트라스투주맙엠탄신)
	브렌텍시맙베 도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌텍시맙베도틴)
	이노투주맙오 조가마이신 inotuzumab ozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
	겜투주맙오조 가마이신 gemtuzumab ozogamicin	마일로탁주4.5mg
	폴라투주맙베 도틴 Polatuzumab Vedotin	플라이비주
카티 항암 치료 제	티사젠렉류셀 tisagenlecle ucel	키리아주(티사젠렉류셀)

3. 성분명은 「효능효과」를 발현시키는 물질의 명칭을 의

미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.

4. 의약품은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명 (Brand Name)을 의미합니다.

5. 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 「특정면역항암제」 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

【별표8】

특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료 분류표

약관에 규정하는 「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여, 신의료기술치료」 중 「기술번호」는 보건복지부가 고시하는 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에 해당하는 다음의 의료행위를 말합니다.

【신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(별표1)】

366. 콜라겐 1/III형 이중막을 덮개로 이용한 자가유래연골세포이식술

가. 기술명

- 한글명 : 콜라겐 1/III형 이중막을 덮개로 이용한 자가유래연골세포이식술
- 영문명 : Autologous Chondrocyte Implantation under cover with Collagen type 1/III bilayer Membrane

나. 사용목적

- 자가연골세포이식술시 사용되는 골막을 대체하여 무릎관절의 연골조직 재생

다. 사용대상

- 무릎 관절 연골 결손 환자 ① 만 15세 이상, 만 50세 이하의 연령층 ② 급성 또는 반복적 손상(trauma)에 의한 대퇴과(femur condyle)의 연골 손상 ③ (편측당한 개 또는 그 이상 병변을 합하여) 2cm² 이상 10cm²이하 ④ 국소적이며 전층의 연골 손상(Outerbridge III-IV)으로 손상부위 인접 연골상태가 비교적 건강한 상태(Outerbridge I-II)로서 무릎관절 간격이 50%이상 유지되어 있는 경우)

라. 시술방법

- 손상된 연골 결손 부위를 최소 절제한 후, 연골 결손부위 변연부에서 손상 연골을 제거함. 이후 콜라겐 1/III형 이중막을 제공된 주형(template)을 사용하여 결손부위 크기에 맞게 자르고 생리식염수로 적신 후 porous layer를 결손부위에 덮고 봉합한 다음 자가연골세포를 주입함

【별표9】

특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료 분류표

약관에 규정하는 「특정 기타질환 비급여, 신의료기술치료」 중 「기술번호」는 보건복지부가 고시하는 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에 해당하는 다음의 의료행위를 말합니다.

[신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(별표1)]

123. 금판 삽입술

- 가. 기술명
- 한글명 : 금판 삽입술
 - 영문명 : Gold Weight Implantation
- 나. 사용목적
- 토안의 교정
- 다. 사용대상
- 토안
- 라. 시술방법
- 상안검을 절개하여 검판에 금판을 엮은 후, 금판을 상안검 검판에 고정시킴

513. 폐 고주파 치료술

- 가. 기술명
- 한글명 : 폐 고주파 치료술
 - 영문명 : Lung radiofrequency ablation
- 나. 사용목적
- 고주파를 이용하여 종양을 선택적으로 괴사시키는 시술
- 다. 사용대상
- 수술적 종양 절제가 어렵거나 수술을 거부한 환자 중 3cm 미만의 종양이 있는 원발성 또는 전이성 폐암 환자
- 라. 시술방법
- 국소 또는 전신 마취 하에 경피적 또는 수술적(개흉하)으로 폐 종양에 접근하여 영상 유도하에 전극이 부착된 바늘을 종양 내에 삽입함. 고주파를 발생시키면 조직이 가온됨에 따라 조직내 수분이 기화하면서 선택적으로 종양의 괴사를 유도하여 제거시킴

670. 내시경 귀수술

- 가. 기술명
- 한글명 : 내시경 귀수술
 - 영문명 : Endoscopic Ear Surgery
- 나. 사용목적
- 이과 질환의 치료 및 청력개선
- 다. 사용대상
- 만성중이염 환자, 삼출성 중이염 환자, 진주종 환자, 전도성 난청 및 혼합형 난청

환자

- 라. 시술방법
- 외이도를 통해 내시경을 삽입하여 병변을 관찰하며 수술을 수행함

678. 클립을 사용한 경피적 경도관 승모판재건술 <2020. 8. 21. 개정>

- 가. 기술명
- 한글명 : 클립을 사용한 경피적 경도관 승모판재건술
 - 영문명 : Percutaneous Transcatheter Mitral Valve Repair with clip
- 나. 사용목적
- 퇴행성, 이차성(기능성) 승모판 폐쇄부전증 치료
- 다. 사용대상
- 퇴행성, 이차성(기능성) 승모판 폐쇄부전증 환자 중 수술이 불가능하거나, 수술 고위험군인 환자
- 라. 시술방법
- 전신마취 하에 대퇴정맥을 통해 가이드 카테터를 삽입한 후, 클립전달시스템을 사용하여 손상된 승모판을 재건함

720. 담관협착을 동반한 담관종양 고주파 열치료술

- 가. 기술명
- 한글명 : 담관협착을 동반한 담관종양 고주파 열치료술
 - 영문명 : Radiofrequency Ablation for Biliary Tumor with Bile Duct Stricture
- 나. 사용목적
- 담관협착에 의한 증상 완화
- 다. 사용대상
- 수술 불가능한 악성 담관종양으로 인한 담관협착 환자
- 라. 시술방법
- 내시경 또는 영상의학적 검사 유도 하 고주파 전극을 담관종양 내에 위치시키고 전기를 흘려주어 담관 내 종양에 열손상을 가하여 종양 세포를 괴사시키고 스텐트를 삽입함

785. 복강경 보조하 경향문 접근 직장 및 에스장 절제술

- 가. 기술명
- 한글명 : 복강경 보조하 경향문 접근 직장 및 에스장 절제술
 - 영문명 : Rectal and Sigmoid Resection Using Laparoscopic Assisted TaTME(Transanal Total

Mesorectal Excision)

나. 사용목적

- 직장 악성종양 제거를 위한 직장 및 에스장 절제

다. 사용대상

- 종양의 원위부 기준 항문연 상방 15 cm 이하의 직장 악성종양 환자

라. 시술방법

- 복강경으로 복강 내 주요 혈관의 결찰 및 에스장과 하행결장 박리하고, 항문을 통해 복강경 수술 기구를 삽입하여 하부 직장 박리함

【별표10】

특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료 분류표

약관에 규정하는 「특정 여성 비노생식기질환 비급여, 신의료기술치료」 중 「기술번호」는 보건복지부가 고시하는 「신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과」의 [별표1]에 해당하는 다음의 의료행위를 말합니다.

【신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(별표1)】

99. 열풍선을 이용한 자궁내막소작술

가. 기술명

- 한글명 : 열풍선을 이용한 자궁내막소작술
- 영문명 : Endometrial Ablation with Thermal balloon

나. 사용목적

- 자궁출혈의 지혈

다. 사용대상

- 내과적 치료로 관리되지 않는 과다월경 또는 비정상 자궁출혈 환자(단, 향후 임신 계획이 없는 여성)

라. 시술방법

- 시술 전 탐침을 이용하여 환자의 자궁 크기를 측정 후 자궁경부를 통하여 자궁강 내에 풍선도관을 삽입함. 멸균수를 이용하여 열풍선을 자궁의 크기에 맞게 팽창시킨 후 적정온도(78~87℃)까지 가열하여 8~10분간 자궁내막을 소작함

707. 전동식세절기를 이용한 자궁경하 자궁근종 절제술

가. 기술명

- 한글명 : 전동식세절기를 이용한 자궁경하 자궁근종절제술

- 영문명 : Hysteroscopic Myomectomy using Morcellator

나. 사용목적

- 자궁근종 제거

다. 사용대상

- 자궁근종 환자

라. 시술방법

- 자궁경하에서 전동식세절기를 이용하여 자궁근종을 절제하고 흡입함

770. 초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방양성병변 절제술

가. 기술명

- 한글명 : 초음파유도하 진공보조장치를 이용

한 유방 양성병변 절제술

- 영문명 : Ultrasound-guided Vacuum Assisted
Breast Benign Lesion Excision

나. 사용목적

- 유방 양성병변의 치료를 위한 절제

다. 사용대상

- 유방 양성병변 환자

라. 시술방법

- 초음파유도하 진공보조장치를 이용하여 병
변 부위에 탐침을 삽입하여 탐침 내로 병
변을 흡인하며 절제함

무배당 갱신형 검사비보장 특별약관2404

메리츠화재해상보험주식회사

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

○ 갱신형 보장

- 자동갱신 적용대상 특별약관의 보험기간은 5년만기 또는 10년만기(단, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 5년 또는 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초가입 후 5년 또는 10년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【자동갱신 적용대상특약의 보험기간(예시)】

42세 피보험자가 갱신종료보험나이를 80세로 하여 5년만기 갱신형 보장을 가입하는 경우



- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 위험률의 변동 등)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

- 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 계약일부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암진단일이 계약일부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(OD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음

성낙음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

8. 계약 전 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

○ 약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨

○ 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

○ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

**무배당 갱신형 검사비보장
특별약관2404**

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 갱신형 검사비보장 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하 「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

용어	정의
한국표준질병사인분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+): 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*) : 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

③ 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균 공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.75%입니다.
계약자 적립액	장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
해약 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

④ 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 계약의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 계약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수 기재), 진료비계산서 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제8조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- ① 소송제기
- ② 분쟁조정 신청
- ③ 수사기관의 조사
- ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유에 대한 조사 및 확인이 지연되는 경우
- ⑥ 제2절 보장조항 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.

④ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는

지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최초의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제12조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 사실로 알지 못하였을 때
 - ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 - ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 - ④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
- ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을

알릴 것을 권유했을 때, 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등 기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제15조(사기에 의한 계약)

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

① 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할

수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부과하는 방법을 말합니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」 이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사

가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등' 이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

① 서면교부

② 우편 또는 전자우편

③ 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

【약관의 중요한 내용에서】

- 청약의 철회에 관한 사항

- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건

- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

"전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

- ① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
- ② 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한

금액을 더하여 지급합니다.

제19조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- ② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- ③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있

도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것

4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 심신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제20조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ① 보험종목
- ② 보험기간
- ③ 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
- ④ 계약자, 피보험자
- ⑤ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일

현재(계약일) : 2023년 4월 14일

→ 2023년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
= 34년 6월 12일 = 35세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일

→ 계약해당일 : 10월 1일

예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일

→ 계약해당일 : 2월 말일

제22조(특별약관의 소멸)

이 계약의 특별약관의 소멸사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제23조(특별약관의 자동갱신)

① 이 특별약관의 보험기간은 보험증권에 기재된 보험기간으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

② 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

- ① 갱신될 계약(이하 「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것
- ② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
- ③ 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신 전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지

않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갹신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제25조(자동갹신 적용)

① 회사는 갹신계약에 대하여 갹신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정된 경우에는 갹신계약에 대해서는 갹신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

② 회사는 제23조(특별약관의 자동갹신)에서 정한 갹신제한 사유 및 제1항의 갹신보장계약 보험료에 대하여 갹신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

① 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가

증명하는 경우

- ② 제14조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제27조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제27조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)

주계약의 보장보험료의 납입이 면제된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 면제하지 않습니다.

제28조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

④ 부활(효력회복)시 「암」에 대한 보장은 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 족속장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며,

법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.
또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우, 출생예정일 이후 해지하였으나 태아가 출생 전이면 출생예정일 이후에 해당하는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 「태아가 출생하기 전」 임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.
- ④ 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의1(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위 반사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

다.

제33조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 - ① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - ② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【예시】

임원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제34조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제32조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제36조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

니다.

- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제38조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제39조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제40조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2023년 4월 1일에 발생하였음에도 2026년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제41조(약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

- ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
- ① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
 - ② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
 - ③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요 없어지는 경우
 - ④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다

다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 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 함의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 함의】

사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제45조(개인정보보호)

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제47조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 5천만원까지(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 5천만원까지 보호됩니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

본 보험회사가 예금등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 별도로 최고 5천만원까지 보호합니다.(단, 연금저축보험은 다른 예금보호대상 금융상품과는 별도로 1인당 최고 5천만원까지 보호)

제2절 보장조항

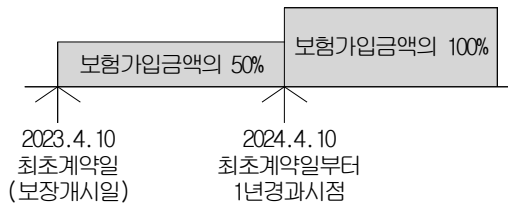
2-1. 갱신형 3대질환 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「3대질환」의 진단 및 치료를 위한 필요 조건을 토대로 제4조(MRI촬영(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「MRI촬영(급여)」을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 3대질환 MRI촬영검사비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
3대질환 MRI촬영(급여)시 (연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【3대질환 MRI촬영검사비(예시)】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 3대질환 MRI촬영검사비 지급사유에 해당된 때에는 연간1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 3대질환 MRI촬영검사비로 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 MRI촬영(급여)를 받은 경우에도 1회의 3대질환 MRI촬영검사비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(3대질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「3대질환」이라 함은 「암(유사암제외)」, 「유사암」, 「뇌혈관질환」 및 「허혈성심장질환」을 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

④ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병으로, 【별표5(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심장질환으로 분류되는 질병으로, 【별표6(허혈성심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

⑩ 「3대질환」의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(MRI촬영(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「MRI촬영(급여)」이라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위를 말합니다.

【자기공명영상(MRI)】

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

【의료행위】

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

② 제1항의 「MRI촬영(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「MRI촬영(급여)」은 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 급여 자기공명영상진단 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 촬영 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

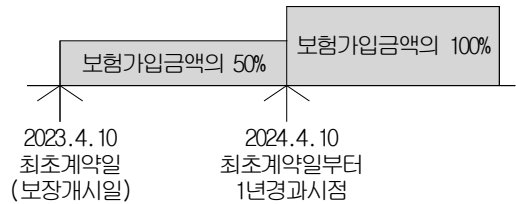
2-2. 갱신형 양전자단층촬영(PET)검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병 또는 상해의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제3조(양전자단층촬영(PET)(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「양전자단층촬영(PET)(급여)」을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 양전자단층촬영(PET)검사비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
양전자단층촬영(PET)(급여)시 (연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【양전자단층촬영(PET)검사비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 상해로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)가 발생한 경우에는 최초계약일로부터 1년경과시점 전일이전에도 이 특별약관의 보험가입금액 100%를 양전자단층촬영(PET)검사비로 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 양전자단층촬영(PET)검사비 지급사유에 해당된 때에는 연간1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 양전자단층촬영(PET)검사비로 지급합니다.

④ 제1항 및 제3항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 양전자단층촬영(PET)(급여)을 촬영하는 경우에도 1회의 양전자단층촬영(PET)검사비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 중

합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(양전자단층촬영(PET)(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「양전자단층촬영(PET)(급여)」이라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 양전자방출단층촬영(PET)을 하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「양전자단층촬영(PET)(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「양전자단층촬영(PET)(급여)」은 진료비세부 내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 양전자방출단층촬영 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 양전자방출단층촬영(PET)을 하는 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 촬영 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또

는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 손해 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, 공공도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약 환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-3. 갱신형 부정맥질환특정검사비보장

특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

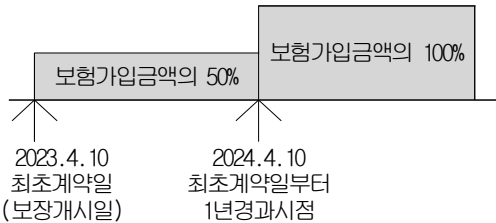
- 부정맥질환특정검사비(1종)(급여, 연간1회한)
- 부정맥질환특정검사비(2종)(급여, 연간1회한)

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「부정맥질환」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 「부정맥질환특정검사(1종)(급여)」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 부정맥질환특정검사비(1종)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
부정맥질환특정검사(1종)(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	부정맥질환특정검사비(1종) 보험가입금액의 50%	부정맥질환특정검사비(1종) 보험가입금액의 100%

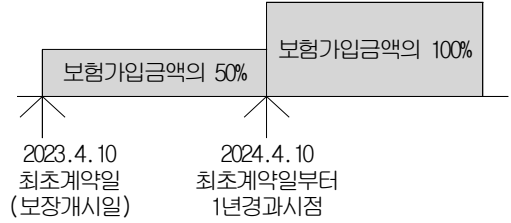
【부정맥질환특정검사비(1종)예시】



② 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「부정맥질환」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 「부정맥질환특정검사(2종)(급여)」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 부정맥질환특정검사비(2종)로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
부정맥질환특정검사(2종)(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	부정맥질환특정검사비(2종) 보험가입금액의 50%	부정맥질환특정검사비(2종) 보험가입금액의 100%

【부정맥질환특정검사비(2종)예시】



③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 각 세부보장당 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 부정맥질환특정검사비로 지급합니다.

구 분	지급금액
부정맥질환특정검사(1종)(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%
부정맥질환특정검사(2종)(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

④ 제1항, 제2항 및 제3항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「부정맥질환특정검사(1종)(급여)」를 받은 경우에도 검사 종류 및 횟수와 관계없이 1회의 부정맥질환특정검사비(1종)만 지급합니다.

② 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「부정맥질환특정검사(2종)(급여)」를 받은 경우에도 검사 종류 및 횟수와 관계없이 1회의 부정맥질환특정검사비(2종)만 지급합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(부정맥질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「부정맥질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표7(부정맥질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「부정맥질환」의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는

국외의 의료기관의 의사 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력증상과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(부정맥질환특정검사(급여)의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 「부정맥질환특정검사(급여)」라 함은 부정맥질환특정검사(1종), 부정맥질환특정검사(2종)를 총칭합니다.
- ② 제1항의 「부정맥질환특정검사(급여)」라 함은 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 「부정맥질환」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 【별표8(부정맥질환특정검사(급여) 분류표)】에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항의 「부정맥질환특정검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 ‘요양급여’라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 ‘의료급여’라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 또한, 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「부정맥질환특정검사(급여)」 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「부정맥질환특정검사(급여)」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - ① 청구서(회사양식)
 - ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수기재), 진료비계산서, 진료기록부(검사결과지 포함) 등)
[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요소견을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ⑤ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제1절 일반조항 제8조 제5항
및 제35조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (특별약관 제1조 일반조항 제35조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
- 주2) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 주3) 가산이율 적용시 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40-C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43-C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51-C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69-C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73-C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76-C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81-C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증	D45
17. 골수형성이상증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정조직과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정

시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표3】

제자리신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	037
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	038
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	039
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	040
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	041
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	042
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	043
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	044
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만 세포 종양	047.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	047.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	047.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세포불명의 신생물	047.9
13. 기타 및 상세포불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	048

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내출혈	162
4. 뇌경색증	163
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	164
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
8. 기타 뇌혈관질환	167
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	168
10. 뇌혈관질환의 후유증	169

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】

허혈성심장질환 분류표

1. 약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속 심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈성심장질환	I24
6. 만성허혈성심장병	I25

대상질병분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표7】

부정맥질환 분류표

1. 약관에 규정하는 부정맥질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 방실차단 및 좌각차단	I44
2. 기타 전도장애	I45
3. 인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
4. 발작성 빈맥	I47
5. 심방세동 및 조동	I48
6. 기타 심장부정맥	I49

대상질병분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표8】

부정맥질환특정검사(급여) 분류표

약관에 규정하는 부정맥질환특정검사(급여)로 분류되는 의료행위는 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상 대가치점수에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	대상이 되는 의료행위	진료 행위 코드
부정맥질환특정검사(1종)(급여, 연간 1회한)	단순 심전도 검사 심전도 기록 및 판독	E6541
부정맥질환특정검사(2종)(급여, 연간 1회한)	심전도검사	
	부하심전도검사-Master's 운동 부하 또는 약제부하	E6542
	부하심전도검사-Treadmil Test 또는 Bicycle Ergometer	E6543
	심전도검사-홀터기록-48시간 이내	E6545
	심전도검사-일상생활의 간헐적 감시[1회당]	E6546
	심전도검사-원격심박기술에 의한 감시[1일당]	EX871
	심전도검사-홀터기록-48시간 초과 7일 이내	E6556
	심전도검사-홀터기록-7일 초과 14일 이내	E6557
	임상전기생리학적인검사	
	히스속전기도검사	E7251
	임상전기생리학적인검사	E7247
	임상전기생리학적인검사-좌심방 또는 관상정맥동 삽입 전극도자	E7248
	임상전기생리학적인검사-좌심실 삽입 전극도자	E7249
	계획된 전기자극에 의한 부정맥의 유발검사	E7250
	정맥주사약물투입후에 시행하는 계획적 조율자극	E7259
	임상전기생리학적인검사: 추적 Follow up	E7253
	경식도 심방전기도검사	
	경식도 심방전기도검사	E7257
	경식도 심장전기도검사 (조율조작추가)	E7258
	이식형사건기록기	
	이식형사건기록기삽입술	E6551
	이식형사건기록기제거술	E6552
	이식형사건기록기 삽입 및 제거술-기능조정 및 심전도분석	E6553

무배당 갱신형 암 검사및치료추가보장
특별약관2404

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일, 유방암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신행 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

○ 갱신행 보장

- 자동갱신 적용대상 특별약관의 보험기간은 3년만기, 5년만기 또는 10년만기(단, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 3년, 5년 또는 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초가입 후 3년, 5년 또는 10년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【자동갱신 적용대상특약의 보험기간(예시)】

42세 피보험자가 갱신종료보험나이를 80세로 하여 5년만기 갱신행 보장을 가입하는 경우



- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 위험률의 변동 등)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신행 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

- 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 계약일부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암진단일이 계약일부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(OD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음

성낙음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

8. 계약 전 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

○ 약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨

○ 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

○ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

**무배당 갱신형 암 검사및치료추가보장
특별약관2404**

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 갱신형 암 검사및치료추가보장 특별약관2404 (이하 「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하 「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

[1] 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험 수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강 진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

[2] 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다더라면 계약의 청약거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

용어	정의
한국표준질병사인분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+): 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*): 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

[3] 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균 공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.75%입니다.
계약자 적립액	장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
해약 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

④ 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 계약의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 계약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

이 계약의 보험금의 청구는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- ① 소송제기
- ② 분쟁조정 신청
- ③ 수사기관의 조사
- ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
- ⑥ 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로운 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.

④ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지

지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정 상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제12조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않

은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 사실로 알지 못하였을 때
 - ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 - ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 - ④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
 - ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신

하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제15조(사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 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.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

- ① 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를

표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

① 서면교부

② 우편 또는 전자우편

③ 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

【약관의 중요한 내용에서】

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹

음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

"전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

- ① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
- ② 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제19조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를

적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

- ② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- ③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제20조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ① 보험종목
- ② 보험기간
- ③ 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간

④ 계약자, 피보험자

⑤ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일

현재(계약일) : 2023년 4월 14일

⇒ 2023년 4월 14일 - 1988년 10월 2일

= 34년 6월 12일 = 35세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일

→ 계약해당일 : 10월 1일

예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일

→ 계약해당일 : 2월 말일

제22조(특별약관의 소멸)

이 계약의 특별약관의 소멸사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제23조(특별약관의 자동갱신)

① 이 특별약관의 보험기간은 보험증권에 기재된 보험기간으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

② 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하 「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

제24조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해지)

① 계약자가 갱신 전 계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해지합니다.

② 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제25조(자동갱신 적용)

① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신 전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정할 경우에는

갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

㉔ 회사는 제23조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신 전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

㉑ 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

㉒ 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.

㉓ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 제14조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제27조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제27조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)

주계약의 보장보험료의 납입이 면제된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 면제하지 않습니다.

제28조(보험료의 자동대출납입)

㉑ 계약자는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

㉒ 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

㉓ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

㉔ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

㉕ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)

㉑ 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익

자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

④ 부활(효력회복)시 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 제2절 보장조항에서 정한 암보장개시일을 적용합니다.

다.

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를

향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의1(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위 반사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제33조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 - ① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - ② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【예시】

임원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제34조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제32조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제36조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제38조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주

장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제39조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의 하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제40조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2023년 4월 1일에 발생하였음에도 2026년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제41조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약할 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제43조(법령 등의 개정 등에 따른 계약내용의 변경)

① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우

② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우

③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요 없어지는 경우

④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는에도 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 보통인이자라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제45조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결,

유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제47조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 5천만원까지(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 5천만원까지 보호됩니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

본 보험회사가 예금등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 별도로 최고 5천만원까지 보호합니다.(단, 연금저축보험은 다른 예금보호 대상 금융상품과는 별도로 1인당 최고 5천만원까지 보호)

제2절 보장조항

2-1. 갱신형

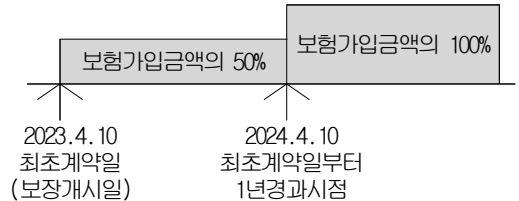
특정생검조직병리검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병 또는 상해의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제3조(특정생검조직병리검사(급여)의 정의 및 진단확정)에서 정한 「특정생검조직병리검사(급여)」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정생검조직병리검사비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
특정생검조직병리검사(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【특정생검조직병리검사비(예시)】



② 제1항에도 불구하고 상해로 인하여 제1항에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 최초계약일로부터 1년 경과시점 전일이전에도 이 특별약관의 보험가입금액 100%를 특정생검조직병리검사비로 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 특정생검조직병리검사비로 지급합니다.

④ 제1항 및 제3항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「특정생검조직병리검사(급여)」를 받은 경우에도 1회의 특정생검조직병리검사비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정생검조직병리검사(급여)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정생검조직병리검사(급여)」이라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 아래의 「진료행위코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대 상 항 목	진료행위 코드
갑상선생검-침생검	C8591
갑상선생검-관혈적생검	C8592
골생검(침생검)	C8581
골생검(절개생검)-척추골	C8582
골생검(절개생검)-기타부위	C8583
골수천자생검[편측]	C8520
절개생검(심부[장기절개생검])-개흉에의한것	C8533
절개생검(심부[장기절개생검])-개복에의한것	C8534
전립선생검-경피적	C8551
전립선생검-관혈적	C8552

【침생검(Needle Biopsy)】

종양 또는 이상이 의심되는 부위로 바늘을 찔러 조직이나 액체를 채취하는 조직검사 방법

【절개생검(Incisional Biopsy)】

조직 채취만을 목적으로 종양 또는 이상이 의심되는 부위를 절개하여 직접 조직을 채취하는 조직검사 방법

② 제1항의 「특정생검조직병리검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 함) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 함)의 절차를 거쳐 생검료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「특정생검조직병리검사(급여)」는 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 급여 「제2부 제2장 검사료의 일반생검」분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「특정생검조직병리검사(급여)」의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험

금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 검사 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 손해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

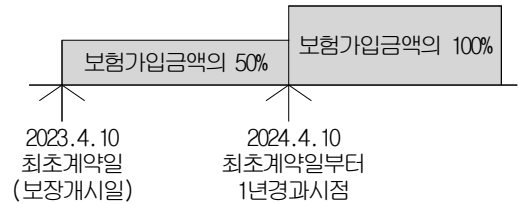
2-2. 갱신형 특정NGS유전자패널검사비 (급여,연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 「특정NGS유전자패널검사(급여)」를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정NGS유전자패널검사비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
특정NGS유전자패널검사(급여)시 (단, 연간1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【특정NGS유전자패널검사비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 「특정NGS유전자패널검사(급여)」를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정NGS유전자패널검사비로 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「특정NGS유전자패널검사(급여)」를 받은 경우에도 1회의 특정NGS유전자패널검사비만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정NGS유전자패널검사(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정NGS유전자패널검사(급여)」라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사로 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 아래의 「진료행위코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대 상 항 목	진료행위 코드
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level I	CB0003
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사-비유전성 유전자검사-고형암-Level II	CB0004
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level I	CB0005
차세대염기서열분석 기반 유전자 패널검사-비유전성 유전자검사-혈액암-Level II	CB0006

【차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사】

차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사는 기존 단일 유전자 검사(Sanger sequencing)와 달리 한번에 수십에서 수백개의 유전자를 하나의 패널로 구성하여 유전자 분석을 하는 검사를 말합니다.

② 제1항의 「특정NGS유전자패널검사(급여)」는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 고시 제5조(선별급여 실시 기관의 승인 및 관리) 및 별표3(실시조건)에 근거한 「차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관」으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.

③ 제1항의 「특정NGS유전자패널검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 함) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 함)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제1항에서 보장하는 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

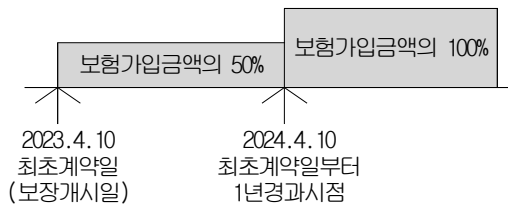
2-3. 갱신형 암 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제4조(MRI촬영(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「MRI촬영(급여)」을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 암 MRI촬영검사비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암으로 MRI촬영(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【암 MRI촬영검사비(예시)】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 암 MRI촬영검사비 지급사유에 해당된 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 암 MRI촬영검사비로 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「MRI촬영(급여)」을 받은 경우에도 1회의 암 MRI촬영검사비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외) 및 유사암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차

한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑦ 「암(유사암제외)」 및 「유사암」의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(MRI촬영(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「MRI촬영(급여)」이라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료에 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위를 말합니다.

【자기공명영상(MRI)】

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

【의료행위】

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

② 제1항의 「MRI촬영(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「MRI촬영(급여)」은 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 급여 자기공명영상진단 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 촬영 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

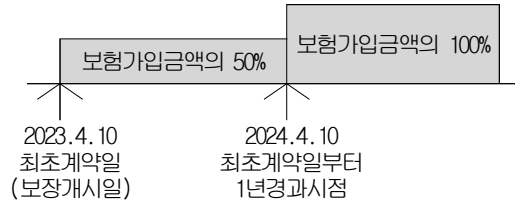
2-4. 갱신형 암 양전자단층촬영(PET)검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 조건을 토대로 제4조(양전자단층촬영(PET)(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「양전자단층촬영(PET)(급여)」을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 암 양전자단층촬영(PET)검사비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암으로 양전자단층촬영(PET)(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【암 양전자단층촬영(PET)검사비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 암 양전자단층촬영(PET)검사비 지급사유에 해당된 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 암 양전자단층촬영(PET)검사비로 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「양전자단층촬영(PET)(급여)」을 촬영하는 경우에도 1회의 암 양전자단층촬영(PET)검사비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정

에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외) 및 유사암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑦ 「암(유사암제외)」 및 「유사암」의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(양전자단층촬영(PET)(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「양전자단층촬영(PET)(급여)」이라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 양전자방출단층촬영(PET)을 하는 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「양전자단층촬영(PET)(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「양전자단층촬영(PET)(급여)」은 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 양전자방출단층촬영 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 양전자방출단층촬영(PET)을 하는 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 촬영 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

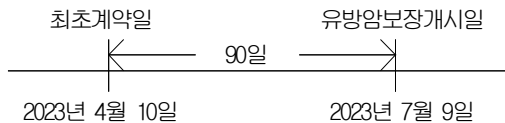
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-5. 갱신형 유방암 유방재건수술비(급여, 연간1회환)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 유방암보장개시일 이후에 「유방암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방전체절제수술 후 「유방재건수술(급여)」을 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유방암 유방재건수술비로 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「유방암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 유방암보장개시일로 합니다.

【유방암보장개시일[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「유방재건수술(급여)」을 받은 경우에도 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 유방재건수술(급여)만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(유방암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「유방암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 C50(유방의 악성신생물)으로 분류되는 질병으로, 【별표5(유방암 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 「유방암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「유방암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「유방암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유방암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

- ④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C34(기관지 및 폐의 악성 신생물)가 유방으로 전이되어 C79.80(유방의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C34(기관지 및 폐의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 보험금의 지급사유에 해당하지 않습니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 보험금의 지급사유에 해당합니다.

제4조(유방재건수술(급여)의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 「유방재건수술(급여)」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 「유방암」으로 인한 유방 전체 절제 후 동반되는 신체적, 심리적, 사회적 상태의 원상회복을 위하여 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 아래의 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
유방재건	
가. 자가조직을 이용한 경우	
(1) 광배근	
(가) 광배근피판	N7140
(나) 광배근보존피판	N7141
(또는 흉배동맥천공지피판)	
(다) 확장광배근피판	N7142
(2) 횡복직근	
(가) 유경 횡복직근피판	N7143
(나) 양측유경 횡복직근피판	N7144
(다) 유리 횡복직근피판	N7145

대상이 되는 의료행위	의료행위 수가코드
(라) 유리 횡복직근보존피판	N7146
(3) 심하복벽천공지유리피판	N7147
나. 보형물을 이용한 경우	
(1) 유방확장기 삽입 및 확장	N7148
(2) 영구보형물 삽입	
(가) 유방절제와 동시 실시한 경우	N7149
(나) 유방확장기 제거 후 실시한 경우	N7150
(3) 유방피막절제(유방피막봉합 · 절개 · 피판술 포함)	N7151
다. 유두 · 유륜재건	
(1) 유두재건	N7152
(2) 유륜재건	N7153

【유방 전제절제술】

큰가슴근(대흉근) 위에 존재하는 유방암을 포함한 유방 조직 전체를 제거하는 수술 방법을 말합니다.

【유방 재건수술】

유방암을 치료하기 위해 유방을 절제한 경우, 보형물을 삽입하거나 근육과 피부를 자신의 배나 등 부위에서 일부 옮겨 자가 조직으로 유방의 모양을 복원하는 수술을 말합니다.

② 제1항의 「유방재건수술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「유방재건수술(급여)」 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「유방재건수술(급여)」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부부터 유방암보장개시일의 전일 이전에 「유방암」으로 진단확정되는 경우에는 이 보장책임을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를

납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 유방암보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-6. 갱신형 폴립및양성종양수술비(1-6종) (급여,연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 목적으로 【별표 6】에서 정한 「폴립및양성종양수술(급여)」을 받은 경우 보험수익자에게 아래의 금액을 폴립및양성종양수술비로 지급합니다. 다만, 수술부위, 수술대상 폴립및양성종양 개수, 수술횟수와 관계없이 수술종별로 각각 연간 1회에 한하여 보장합니다. 아래의 「최초계약일부터 90일경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 말하며, 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

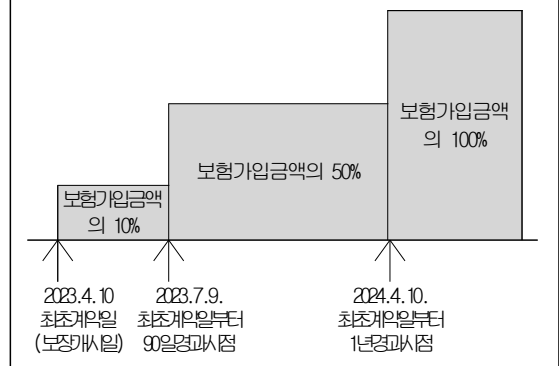
구분	지급금액		
	최초 계약일부터 90일경과시점 전일 이전	최초계약일부터 90일경과시점 이후 최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
1종 수술	폴립및양성종양 수술비(1종) 보험가입금액의 10%	폴립및양성종양 수술비(1종) 보험가입금액의 50%	폴립및양성종양 수술비(1종) 보험가입금액의 100%
2종 수술	폴립및양성종양 수술비(2종) 보험가입금액의 10%	폴립및양성종양 수술비(2종) 보험가입금액의 50%	폴립및양성종양 수술비(2종) 보험가입금액의 100%
3종 수술	폴립및양성종양 수술비(3종) 보험가입금액의 10%	폴립및양성종양 수술비(3종) 보험가입금액의 50%	폴립및양성종양 수술비(3종) 보험가입금액의 100%
4종 수술	폴립및양성종양 수술비(4종) 보험가입금액의 10%	폴립및양성종양 수술비(4종) 보험가입금액의 50%	폴립및양성종양 수술비(4종) 보험가입금액의 100%
5종 수술	폴립및양성종양 수술비(5종) 보험가입금액의 10%	폴립및양성종양 수술비(5종) 보험가입금액의 50%	폴립및양성종양 수술비(5종) 보험가입금액의 100%
6종 수술	폴립및양성종양 수술비(6종) 보험가입금액의 10%	폴립및양성종양 수술비(6종) 보험가입금액의 50%	폴립및양성종양 수술비(6종) 보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 폴립및양성종양수술비로 지급합니다. 다만, 수술부위, 수술대상 폴립및양성종양 개수, 수술횟수와 관계없이 수술종별로 각각 연간 1회에 한하여 보장합니다.

구분	지급금액
1종 수술	폴립및양성종양수술비(1종) 보험가입금액의 100%
2종 수술	폴립및양성종양수술비(2종) 보험가입금액의 100%
3종 수술	폴립및양성종양수술비(3종) 보험가입금액의 100%
4종 수술	폴립및양성종양수술비(4종) 보험가입금액의 100%
5종 수술	폴립및양성종양수술비(5종) 보험가입금액의 100%
6종 수술	폴립및양성종양수술비(6종) 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

【폴립및양성종양수술비[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(폴립및양성종양수술(급여) 정의)

① 이 특별약관에서 「폴립및양성종양수술(급여)」이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 【별표6(폴립및양성종양수술(급여,1-6종) 분류표)】에서 정한 「진료행위코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「폴립및양성종양수술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여비급여 목록 및 급여 상대가치점

수」개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등) [단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI 코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI 코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 보장조항에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

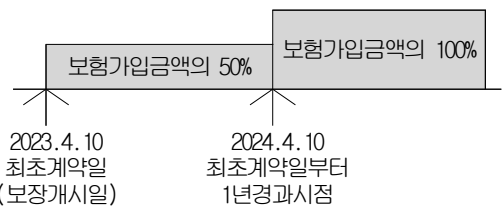
2-7. 갱신형 뇌정위적방사선수술비(급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 위하여 「뇌정위적방사선수술(급여)」을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌정위적방사선수술비로 지급합니다. 다만, 「뇌정위적방사선수술(급여)」을 받은 부위 및 횡수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다. 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
뇌정위적방사선 수술(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌정위적방사선수술비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 뇌정위적방사선수술비 지급사유에 해당된 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌정위적방사선수술비로 지급합니다. 다만, 「뇌정위적방사선수술(급여)」을 받은 부위 및 횡수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「뇌정위적방사선수술(급여)」을 받은 경우에도 1회의 뇌정위적방사선수술비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌정위적방사선수술(급여)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌정위적방사선수술(급여)」이라 함은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사(치과의사 제외)면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 아래의 「진료행위코드」에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다. 다만, 「뇌정위적방사선수술(급여)」을 동반하지 않고 개두술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.

대 상 항 목	진료행위 코드
뇌정위적방사선수술-감마나이프이용	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD114
뇌정위적방사선수술-선헤가속기이용	HD115

② 제1항의 「뇌정위적방사선수술(급여)」이외의 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료)에서 정하는 내용은 보장하지 않습니다.

【제2항에서 보장하지 않는 수술의 예시】

「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료) 중 다음의 진료행위코드를 포함하여 「뇌정위적방사선수술(급여)」에 해당하지 않는 진료행위는 보장하지 않습니다.

대 상 항 목	진료행위 코드
정위적 방사선 분할치료[1회당]	HD110
체부 정위적 방사선수술[1회당] - 선헤가속기 이용	HD111
세기변조 방사선치료[1회당]	HZ271
...	...

③ 제1항의 「뇌정위적방사선수술(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 뇌정위적방사선수술 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

④ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 제1항에서 보장하는 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」

개정으로 변경되더라도 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(000-099). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(000-099)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약

환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-8. 갱신형 특정호르몬약물허가치료비보장 특별약관

이 특별약관은 아래의 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 특정항암호르몬약물허가치료비
- ② 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비

제1조(보험금의 지급사유)

이 특별약관의 보험금의 지급사유, 보험금의 청구 등은 제2조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제2조(세부보장에 관한 사항)

① 특정항암호르몬약물허가치료비

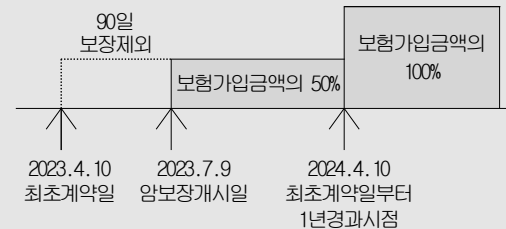
1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 보장책임의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
특정항암호르몬약물허가치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	특정항암호르몬약물허가치료비보장 보험가입금액의 50%	특정항암호르몬약물허가치료비보장 보험가입금액의 100%

【특정항암호르몬약물허가치료비[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)



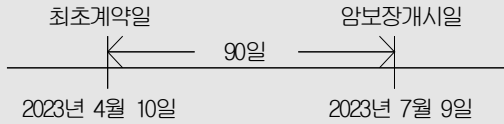
② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
특정항암호르몬약물허가치료시 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	특정항암호르몬약물허가 치료비보장 보험가입금액의 100%

③ 이 보장책임에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약

일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장책임의 갱신을 「암보장개시일」로 합니다.

【암보장개시일[예시]] (단, 보험나이 15세이상인 경우)



2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 1.(보험금의 지급사유)의 특정항암호르몬약물허가치료비는 「특정항암호르몬치료제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

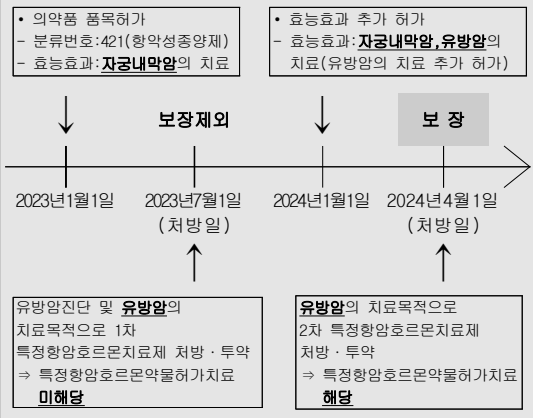
【특정항암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위】



② 1.(보험금의 지급사유)의 「특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「특정항암호르몬치료제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 4.(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

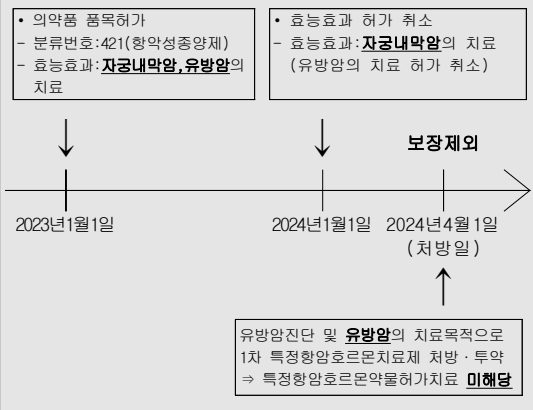
【안전성과 유효성 인정범위 변경(추가)[예시]]

: 의약품의 효능효과 추가 허가



【안전성과 유효성 인정범위 변경(삭제)[예시]]

: 의약품의 효능효과 허가 취소



③ 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3.(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 보장책임에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표】) 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

4. (특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의)

① 이 보장책임에서 「특정항암호르몬치료제」란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정예 따라 분류번호가 변경되는 경우, 개정 이전의 "항악성종양제"에 상응하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

【특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 8월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표7(특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 보장책임에서 「특정항암호르몬약물허가치료」라 함

은 5.(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내에서 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의약품정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정항암호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제」이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

5. (항암약물치료의 정의)

이 보장책임에 있어 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

6. (보장책임의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의

전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 보장책임을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장책임을 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

7.(보장의 소멸)

- ① 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 특정항암호르몬약물 허가치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임을 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 보장책임을 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 보장책임을 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적당한 이 보장책임을 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 보장책임을 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

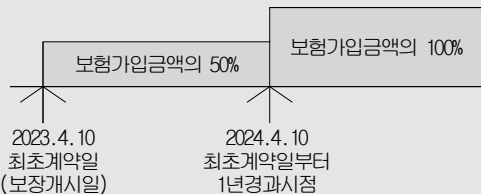
② 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비

1.(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 보장책임을 보험기간 중 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 「갑상선암」의 치료를 목적으로 수술 후 「갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
갑상선암 수술후 호르몬약물 허가치료비 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	갑상선암수술후 호르몬약물 허가치료비보장 보험가입금액의 50%	갑상선암수술후 호르몬약물 허가치료비보장 보험가입금액의 100%

【갑상선암수술후호르몬약물허가치료비[예시]】



- ② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
갑상선암수술후 호르몬약물허가치료비 (단, 최초 1회에 한하여 지급)	갑상선암수술후 호르몬약물허가치료비보장 보험가입금액의 100%

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 1.(보험금의 지급사유)의 「갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「갑상선암」으로 수술을 받고, 그 결과로 인한 갑상선 기능 부전이나 갑상선암 재발 억제 등의 목적으로 「갑상선 호르몬치료제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 4.(갑상선 호르몬치료제 및 갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3.(갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 보장책임에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(henic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「갑상선암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

4. (갑상선 호르몬치료제 및 갑상선암 수술후 호르몬약물 허가치료의 정의)

① 이 보장책임에서 「갑상선 호르몬치료제」란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「243(갑상선, 부갑상선호르몬제)」(예규 개정예에 따라 분류번호가 변경되는 경우, 개정 이전의 "갑상선, 부갑상선호르몬제"에 상응하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 갑상선 호르몬 약제를 말합니다.

【갑상선 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

갑상선 호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 8월 기준 갑상선 호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 **【별표8(갑상선 호르몬 치료제 해당 의약품명 및 성분명)】**에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 보장책임에서 「갑상선암 수술후 호르몬약물허가치료」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「갑상선암」 수술 후 치료 또는 재발 억제 등의 목적으로 제1항에서 정한 「갑상선 호르몬치료제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「갑상선 호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「갑상선 호르몬치료제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

5. (수술의 정의와 장소)

① 이 보장책임에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

⑧ 「항암방사선치료」, 「항암약물치료」

⑤ 제4항 제8호의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

⑥ 제4항 제8호의 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

6. (보장의 소멸)

① 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장책임은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장책임이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 보장책임의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 사망진단서, 장애진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

③ 특정호르몬약물허가치료 증명서

㉠ 특정호르몬약물허가치료 진단서 또는 특정호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

㉡ 진단명 및 수술명

㉢ 투약한 약제의 제품명

㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

㉥ 처방목적(항암 목적 호르몬치료 관련성 여부, 갑상선암 수술후 기능부전 또는 재발 억제 관련성 여부)

㉦ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인

의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

각 세부보장에서 정한 「보장의 소멸」 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

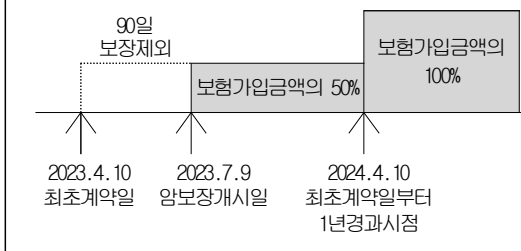
2-9. 갱신형 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보장기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년 경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년 경과시점 이후
특정항암호르몬약물 허가치료비 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【특정항암호르몬약물허가치료비[예시]】 (단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)



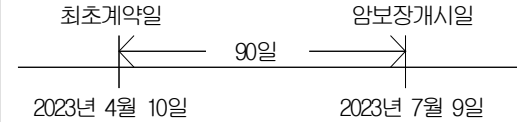
② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비로 지급합니다.

구 분	지급금액
특정항암호르몬약물허가치료비 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 제1항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「암보장개시일」이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 보장책임의 갱신을 「암보장개시일」로 합니다.

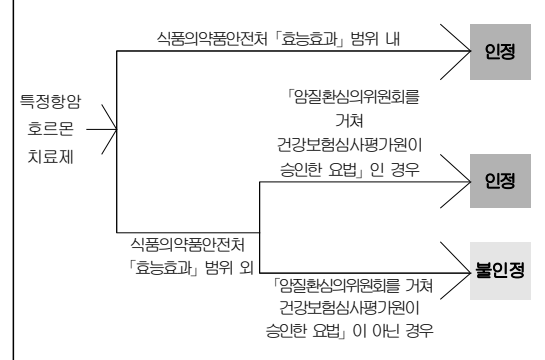
【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세이상인 경우)



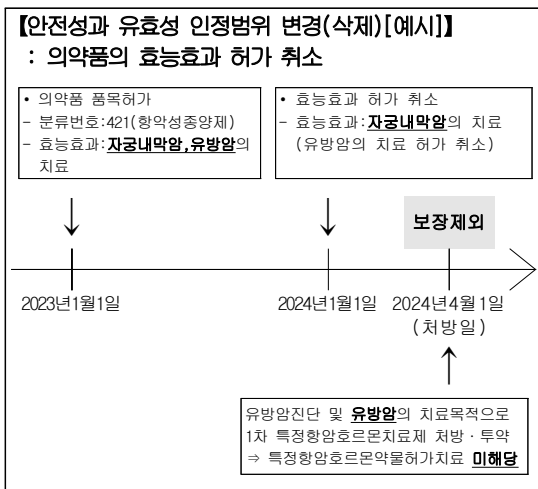
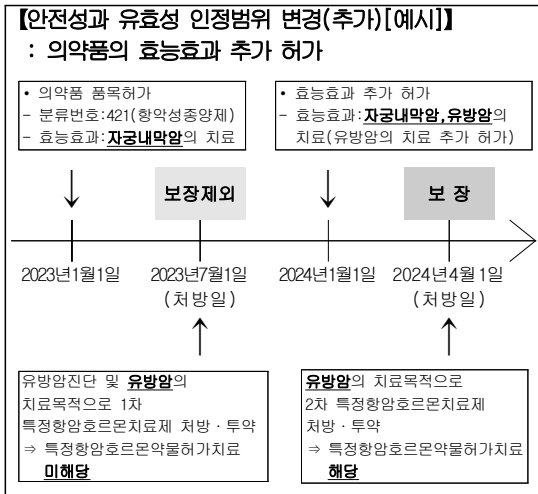
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정항암호르몬약물허가치료비는 「특정항암호르몬치료제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

【특정항암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위】



② 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우」라 함은 「특정항암호르몬치료제」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 범위를 적용 후에 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정항암호르몬치료제」란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 「421(항악성종양제)」(예규 개정예 따라 분류번호가 변경되는 경우, 개정 이전의 "항악성종양제"에 상응하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

【특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 8월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표7(특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)】에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정항암호르몬약물허가치료」라 함

은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

- ① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
- ② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템
(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」,
「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법
- 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정항암호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에 있어 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(유사암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제19조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의

전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 이 보장책임을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함), 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 특정호르몬약물허가치료 증명서
 - ㉠ 특정호르몬약물허가치료 진단서 또는 특정호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - ㉡ 진단명
 - ㉢ 투약한 약제의 제품명
 - ㉣ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - ㉤ 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - ㉥ 처방목적(항암 목적 호르몬치료 관련성 여부)
 - ㉦ 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
- ④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일은 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

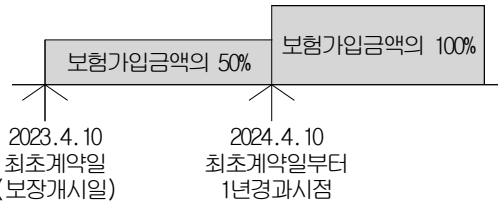
**2-10. 갱신형
암 내시경검사비(급여, 연간1회한)
보장 특별약관**

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제4조(암 내시경검사(급여)의 정의 및 장소)에서 정한 「암 내시경검사(급여)」를 받은 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 암 내시경검사비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
암 내시경검사 (급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【암 내시경검사비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제23조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유에 해당된 때에는 연간 1회에 한하여 보험수익자에게 아래의 금액을 암 내시경검사비로 지급합니다.

구 분	지급금액
암 내시경검사(급여)시 (단, 연간 1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 「암 내시경검사(급여)」를 받은 경우에도 부위 및 횟수와 관계없이 1회의 암 내시경검사비만 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 중

합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외) 및 유사암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표3(제자리신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(악성신생물(암) 분류표)】 참조)을 말합니다.

⑦ 「암(유사암제외)」 및 「유사암」의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(암 내시경검사(급여)의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「암 내시경검사(급여)」라 함은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 「암(유사암제외)」 또는 「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요조건을 토대로 의사의 관리 하에 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 급여 「제2부 제2장 검사의 제4절 내시경」 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

【내시경검사】

내시경(내장장기 또는 체강 내부를 직접 볼 수 있게 만든 의료기구)을 사용하여 신체 내부를 관찰하는 검사 방식의 총칭

② 제1항의 「암 내시경검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 '요양급여'라 합니다) 또는

「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 '의료급여'라 합니다)의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「암 내시경검사(급여)」 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「암 내시경검사(급여)」 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

[단, 진료비세부내역서, 진단서, 의사소견서 등에서 수가코드(EDI코드 포함) 및 질병분류번호를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함), 진단 및 치료를 위한 필요조건을 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【수가코드】

수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인인 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제1절 일반조항 제8조 제5항
및 제35조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (특별약관 제1절 일반조항 제35조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
- 주2) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 주3) 가산이율 적용시 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40-C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43-C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69-C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73-C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76-C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81-C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정

시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표3】

제자리신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	037
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	038
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	039
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	040
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	041
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	042
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	043
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	044
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만 세포 종양	047.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	047.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	047.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세포의 신생물	047.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	048

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

유방암 분류표

1. 약관에 규정하는 유방암으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
유방의 악성 신생물	C50

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C34(기관지 및 폐의 악성 신생물)가 유방으로 전이되어 C79.80(유방의 이차성 악성 신생물)으로 진단된 경우에도 C34(기관지 및 폐의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】

폴립및양성종양수술(급여,1~6종) 분류표

약관에 규정하는 폴립및양성종양수술(급여)로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상 대가치점수에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

종	구 분	의료 행위 내용	진료행위 코드
1	피부 및 연부 조직	피부양성종양적출술(간단한표재성)	N0141
		피부양성종양적출술(기타근육층에달하는 것)	N0142
	비장 및 림프절	림프관종경화요법[낭성림프관종포함]	P2131
	입, 이 하선	설종양적출술	Q2186
	여성	질종양적출술-양성인것	R4070
	생식기	자궁경관점막폴립절제술	R4240
	눈	안검종양절제술-양성	S5245
	소화기 내시경 하	내시경적 상부소화관종양수술-종양절제	Q7651
		에스상결장경하 종양수술-폴립 절제술	Q7751
		에스상결장경하 종양수술-점막절제술 및 점막하 종양절제술	Q7752
2	피부 및 연부 조직	연부조직종양적출술(지방종, 혈관종, 섬유종, 거대세포종, 화골성근염등)-피하양성종양	N0233
		연부조직종양적출술(지방종, 혈관종, 섬유종, 거대세포종, 화골성근염등)-근막하또는 근육내양성종양	N0234
	근골	양성골종양의 소파술 또는 절제술(상완골, 전완골, 쇄골)	N0282
		양성골종양의 소파술 또는 절제술(기타)	N0283
		상악골(관골포함) 양성종양(낭종포함)절제술-3cm미만	N0402
		하악골양성종양(낭종포함) 절제술-편측악골1/3미만	N0432
	코	비강양성종양적출술,비내접근	O0964
		비강양성종양적출술,비내접근-내시경하에서 실시한 경우	O0967
		부비동양성종양적출술,비내접근	O0965
		부비동양성종양적출술,비내접근-내시경하에서 실시한 경우	O0968
		비강, 부비동양성종양적출술,비외접근	O0966
		비인강양성종양적출술(기타의것)	O1041
		비인강양성종양적출술(기타의것)-내시경하에서 실시한 경우	O1043

종	구 분	의료 행위 내용	진료행위 코드
2	후두	후두개 낭종제거술	O1215
		후두 양성종양적출술-내시경하-현수후두경하	O1221
		후두 양성종양적출술-내시경하-연성내시경하	O1222
		후두 양성종양적출술-후두절개하	O1223
		성대결절 및 폴립제거술	O1231
		성대내 낭종제거술	O1232
		범발성 폴립양성대 절개 및 흡인술	O1233
	기관지 및 폐	내시경적기관지또는기관지종양제거술[육아조직포함]-연성기관지경	O1315
		내시경적기관지또는기관지종양제거술[육아조직포함]-경성기관지경	O1316
	비장 및 림프절	결핵성림프선종절제술(표재성)	P2106
	입, 이 하선	구강내종양적출술(양성)	Q2201
		구강내종양적출술(양성)-구강저 병소제거	Q2204
	인두 및 편도	인두양성종양절제술	Q2291
	복막 및 후복막	후복막종양적출술(양성)	Q2501
	장, 장간막	소장또는결장폴립절제술	Q2645
	직장 및 항문	직장종양절제술(경향문접근)	Q2891
		직장종양절제술(경천골 또는 방천골접근)	Q2890
	비뇨기	방광절개술(종양[방광벽절제를동반하지않는것])	R3462
		외요도구폴립절제술	R3730
	남성 생식기	외성기종양적출술-양성	R4001
	여성 생식기	외음부종양적출술-양성	R4066
		자궁근종절제술-복부접근(단순)[장막하근종]	R4124
		자궁근종절제술-복부접근(복잡)[근층내, 점막하, 인대간, 간질내, 복막하근종이나, 결절2개이상인 다발성자궁근종인 경우에 산정]	R4127
		자궁근종절제술-질부접근	R4123
		자궁근종절제술-복강경술(단순)[장막하근종]	R4128
		자궁근종절제술-복강경술(복잡)[근층내, 점막하, 인대간, 간질내, 복막하근종이나, 결절2개이상인 다발성자궁근종인 경우에 산정]	R4129
		자궁경하자궁근종절제술-3cm미만	R4125
		자궁경하자궁근종절제술-3cm이상[다발성포함]	R4126
		자궁경하자궁내막폴립제거술	R4241
		부속기종양적출술[양측]-양성	R4421
	내분비기	갑상선선관낭종절제술	P4558
	신경	신경종양절제술-양성	S4615
		경피적척수낭종혹은공동흡인술	S4811

종	구 분	의료 행위 내용	진료행위 코드
2	눈	결막종양절제술	S4950
		안외종양제거술-단순	S5231
	귀	외이도종양적출술-양성	S5591
	유방	유방양성종양절제술-단발성	N7121
		유방양성종양절제술-다발성	N7122
	간, 담낭 및 담도	간농양(농종)수술-개복에 의한 흡인 또는 주입술	Q7211
		간농양(농종)수술-배액을 위한 간절개술	Q7212
		간농양(농종)수술-조대술	Q7213
	소화기 내시경 하	내시경적 상부소화관종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술	Q7652
		내시경적 상부소화관종양수술-점막하 박리절제술-식도	Q7654
		결장경하 종양 수술-폴립 절제술	Q7701
		결장경하 종양 수술-폴립 절제술(1개이상 시초과되는폴립1개당)	Q7702
		결장경하 종양 수술-점막절제술 및 점막하종양절제술	Q7703
		역행성 담체관 내시경 수술-용종 및 종양 제거술	Q7766
		경피적담관[남] 경을이용한시술[PTBD Route또는T-Tube이용]-용종및종양제거술	Q7775
	구강 악안면	상악골(관골포함)양성종양(농종포함)절제술-3cm미만	U4801
		하악골양성종양(농종포함)절제술-편측악골1/30미만	U4871
	위	위폴립절제술	Q2521
3	근골	양성골종양의 소파술 또는 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	N0281
		상악골(관골포함)양성종양(농종포함)절제술-3cm이상	N0403
		하악골양성종양(농종포함)절제술-편측악골1/30이상~1/20미만	N0433
		하악골양성종양(농종포함)절제술-편측악골1/20이상	N0434
	코	비인강혈관성유종적출술	O1040
		비인강혈관성유종적출술-내시경하에서 실시한 경우	O1042
		상악동후비공용종적출술	O1055
		상악동후비공용종적출술-내시경하에서 실시한 경우	O1056
	기관지 및 폐	내시경적냉동치료[기관(지)및폐종양]	O1318
	비장 및 림프절	결핵성림프선종절제술(심재성)	P2107
		림프관종절제술[양성림프관종포함]-경부(국소)	P2133
		림프관종절제술[양성림프관종포함]-경부(광범위)	P2134
		림프관종절제술[양성림프관종포함]-기타	P2135
	장, 장관막	장간막종양적출술(장관절제를 동반하는 것)	Q2761
		장간막종양적출술(기타의 것)	Q2762

종	구 분	의료 행위 내용	진료행위 코드
3	직장 및 항문	직장종양절제술(복부접근)	Q2892
		직장종양절제술(경항문내시경적미세수술)	Q2893
	비뇨기	신내시경하신종양절제술[경피적신루설치술, 방사선요법]	R3305
		단순신낭종절제술	R3311
		요관경하 요관종양절제술	R3451
		경요도적방광내수술(종양)-단순	R3541
		경요도적방광내수술(종양)-복잡	R3542
	내분비기	경요도적방광내수술(종양)-고도복잡	R3543
		부갑상선절제술(양성)-단발성	P4541
		부갑상선절제술(양성)-다발성	P4542
		갑상선수술[농종, 선종, 갑상선기능항진 등](갑상선엽전절제술)-편측	P4551
		갑상선수술[농종, 선종, 갑상선기능항진 등](갑상선엽전절제술)-양측	P4552
		갑상선수술[농종, 선종, 갑상선기능항진 등](갑상선엽아전절제술)-편측	P4553
		갑상선수술[농종, 선종, 갑상선기능항진 등](갑상선엽아전절제술)-양측	P4554
	간, 담낭 및 담도	간농양(농종)수술-농종적출술	Q7214
		담도농종수술-우회술	Q7331
	소화기 내시경 하	내시경적 상부소화관종양수술-점막하 박리절제술-위	Q7653
		결장경하 종양 수술-점막하 박리절제술	Q7706
		풍선소장내시경하 용종절제술-경구	Q7788
	구강 악안면	풍선소장내시경하 용종절제술-경항문	Q7789
		상악골(관골포함)양성종양(농종포함)절제술-3cm이상	U4802
		하악골양성종양(농종포함)절제술-편측악골1/30이상~1/20미만	U4872
		하악골양성종양(농종포함)절제술-편측악골1/20이상	U4873
4	근골	개두술 또는 두개절제술(두개골 병소 또는 양성종양절제)	N0334
		폐쇄기절제술(단일)	O1401
	기관지 및 폐	폐쇄기절제술(2-3개)	O1403
		폐쇄기절제술(4-5개)	O1404
		폐쇄기절제술(6개이상)	O1405
	흉곽	흉벽종양절제술(흉벽재건술을 동반한 경우)-양성	O1483
		흉벽종양절제술(기타의 경우)-양성	O1485
	입, 이 하선	이하선종양적출술(양성)	Q2231
	식도	식도양성종양적출술(식도입구부)	Q2390
		식도양성종양적출술(복부접근)	Q2392
	비뇨기	후방광종양적출술	R3590
	내분비기	경동맥소체종양적출술-종양절제만 한 경우	P4581
		경동맥소체종양적출술-경동맥 절제를 동반한 경우	P4582
	눈	안외종양제거술-복잡 [크렌라인 수술]	S5232

종	구 분	의료 행위 내용	진료행위 코드
4	간, 담낭 및 담도	담도종양수술-양성	Q7341
		체장가성낭중수술-조대술	Q7541
		체장가성낭중수술-외부배액법	Q7542
		체장가성낭중수술-내부배액법	Q7543
		체장양성종양(낭종, 선종) 절제	Q7550
5	기관지 및 폐	기관또는기관지종양제거술(경부접근)-기관절제및재건술	01311
		기관또는기관지종양제거술(경부접근)-기관절제및성형술	01312
		기관또는기관지종양제거술(흉부접근)-기관(지)절제및재건술	01313
		기관또는기관지종양제거술(흉부접근)-기관(지)절제및성형술	01314
		기관또는기관지종양제거술(흉부접근)-기관분기부 절제 및 재건술	01317
		폐구역절제술	01410
		단일폐엽절제술	01421
		쌍폐엽절제술	01422
		폐엽과 폐구역절제술	01423
		소매폐엽절제술	01424
	흉곽	총격동종양절제술(양성종양)	01591
		총격동종양절제술(근무력증등에흉선절제술을실시한경우)	01593
		횡격막종양절제및재건술	01605
	순환기	심장종양제거술(심방점액종제거술)	01981
		심장종양제거술(기타의것)	01982
	식도	식도양성종양적출술(흉부접근)	Q2391
	신경	종양절제를위한개두술-경비적뇌하수체종양적출술-단순	S4638
		종양절제를위한개두술-경비적뇌하수체종양적출술-복잡	S4639
		척수경막내종양및병소절제술[경추]-3구간 미만	S6691
		척수경막내종양및병소절제술[경추]-3구간 이상	S6692
		척수경막내종양및병소절제술[흉추]-3구간 미만	S6693
		척수경막내종양및병소절제술[흉추]-3구간 이상	S6694
		척수경막내종양및병소절제술[요추]-3구간 미만	S6695
		척수경막내종양및병소절제술[요추]-3구간 이상	S6696
		척수내종양및병소절제술-경추	S4694
		척수내종양및병소절제술-흉추	S4695
		척수내종양및병소절제술-요추	S4696
		척수경막외종양및병소절제술[경추]-척추경또는척추체를포함하는경우	S4704
		척수경막외종양및병소절제술[경추]-척추경또는척추체를포함하지아니한경우	S4705
		척수경막외종양및병소절제술[흉추]-척추경또는척추체를포함하는경우	S4706
		척수경막외종양및병소절제술[흉추]-척추경또는척추체를포함하지아니한경우	S4707
		척수경막외종양및병소절제술[요추]-척추경또는척추체를포함하는경우	S4708

종	구 분	의료 행위 내용	진료행위 코드
5	신경	척수경막외종양및병소절제술[요추]-척추경또는척추체를포함하지아니한경우	S4709
		뇌내시경수술-종양또는낭종절제	S4743
	귀	청신경종양적출술-이과적접근[경미로, 경외우, 후미로등]	S5741
		청신경종양적출술-두개접근	S5742
		청신경종양적출술-복합접근	S5743
6	신경	담도낭중수술-절제술	Q7332
		종양절제를위한개두술(천막상부)-단순	S4634
		종양절제를위한개두술(천막상부)-복잡	S4635
		종양절제를위한개두술(천막하부)-단순	S4636
		종양절제를위한개두술(천막하부)-복잡	S4637
		뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-전두개와	S4801
		뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-중두개와	S4802
		뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-후두개와	S4803

【별표】

특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명

- 아래 「특정항암호르몬치료제」 해당 의약품명 및 성분명은 2021년 8월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 「특정항암호르몬치료제」 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과の内容을 통해 확인할 수 있습니다.

【의약품명과 성분명】

- 성분명은 「효능효과」를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 「특정항암호르몬치료제」 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문, 영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론 abiraterone	자이티가정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
2	아나스트로졸 anastrozole	에이덱스정(아나스트로졸) 아리미덱스정(아나스트로졸) 테바아나스트로졸정1밀리그램 아트로졸정(아나스트로졸) 페미젯정1밀리그램(아나스트로졸) 아나스토정(아나스트로졸)
3	비칼루타이드 bicalutamide	카소덱스정(비칼루타이드) 비카덱스정(비칼루타이드) 비카루드정(비칼루타이드) 칼루타이정150밀리그램(비칼루타이드) 칼루타이정50밀리그램(비칼루타이드) 비카소정(비칼루타이드) 카덱스정(비칼루타이드) 카소비트정(비칼루타이드) 프로세이드정(비칼루타이드) 프로카덱스정(비칼루타이드) 프로칼린정50밀리그램(비칼루타이드) 테바비칼루타이드정50밀리그램 (미분화) 피엠에스비칼루타이드정50밀리그램(비칼루타이드 (미분화))
4	다로루타이드 darolutamide	뉴베카정300밀리그램(다로루타이드)
5	데가렐릭스 degarelix	페마곤주80밀리그램(데가렐릭스) 페마곤주120밀리그램(데가렐릭스)
6	엔잘루타이드 enzalutamide	엑스탄디엔질캡슐40mg(엔잘루타이드)
7	에스트라머스틴 estramustine	에스트라시트캡슐140밀리그램 (에스트라머스틴인산나트륨수화물)
8	엑스메스탄 exemestane	아로마신정25mg(엑스메스탄)

번호	성분명(국문, 영문)	의약품명(국문)
9	fulvestrant	파슬로엑스주(풀베스트란트)
10	goserelin	줄라덱스대포주사(고세렐린아세트산염) 줄라덱스엘에이대포주사(고세렐린아세트산염)
11	letrozole	페마라정(레트로졸) 레나라정(레트로졸) 트로젯정2.5밀리그램(레트로졸) 레트론정(레트로졸) 브레트라정(레트로졸) 파누엘정2.5밀리그램(레트로졸) 테바레트로졸정2.5밀리그램
12	leuporelin (leuprolide)	루피어대포주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염) 로렐린대포주사(류프로렐린아세트산염) 로렐린주사액(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주45밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주30밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주7.5밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린주3.75mg(류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
13	medroxyprogesterone	파루탈정(메드록시프로게스테론아세테이트)
14	tamoxifen	광동타목시펜정(타목시펜시트르산염) 광동타목시펜정20밀리그램(타목시펜시트르산염) 놀바덱스디정(타목시펜시트르산염) 놀바덱스정(타목시펜시트르산염) 타모프렉스정10밀리그램(타목시펜시트르산염) 타모프렉스정20밀리그램(타목시펜시트르산염) 타목신정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
15	toremifene	화레스톤정40밀리그램(토레미펜시트르산염)
16	triptorelin	데카렐린-대포(트립토렐린아세트산염) 데카렐린주0.1밀리그램(트립토렐린아세트산염) 디페렐린피알3.75밀리그램주(초산트립토렐린) 디페렐린피알주11.25밀리그램(파모산트립토렐린) 디페렐린에스알주22.5밀리그램(트립토렐린파모산염)
17	megestrol	메게시아정160mg(메게스트롤아세테이트) 메게시아정40mg(메게스트롤아세테이트) 내록시아현탁액(메게스트롤아세테이트) 대원메게스트롤이메스현탁액(메게스트롤아세테이트) 대원초산메게스트롤현탁액 메게롤현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게시아현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게이스내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게이스에프내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게이트현탁액(메게스트롤아세테이트) 메게프로현탁액(메게스트롤아세테이트) 메제트롤현탁액(메게스트롤아세테이트) 비씨메게스트롤현탁액(초산메게스트롤) 에피트롤내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 에피트롤이메스내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 제이트롤현탁액(메게스트롤아세테이트)
18	apalutamide	엘리다정(아팔루타이드)

【별표8】

갑상선 호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명

1. 아래 「갑상선 호르몬치료제」 해당 의약품명 및 성분명은 2021년 8월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 약제의 「갑상선 호르몬치료제」 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템 (<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암중에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과の内容을 통해 확인하실 수 있습니다.

【의약품명과 성분명】

- 성분명은 「효능효과」를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 「갑상선 호르몬치료제」 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문, 영문)	의약품명(국문)
1	레보티록신 나트륨수화물 Levothyroxine sodium	썬지로이드정0.025밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지로이드정0.0375밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지로이드정0.05밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지로이드정0.075밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지로이드정0.112밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지로이드정0.15밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지로이드정0.1밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지로이드정0.2밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지록신정100마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지록신정125마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지록신정150마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지록신정25마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지록신정50마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지록신정75마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		썬지록신정80마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
2	리오티로닌나트륨 Liothyronine sodium	썬지로이드정(부광리오티록스정)
		데트로닌정54g(리오티로닌나트륨)

무배당 3대질병진단비보장(A)
특별약관2407(알뜰형)

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

가입자 유의사항

□ 보험종목

운영 구분	납입면제 구분	설명
1종 (해약환급금이 지급형(납입후5 0%))	1형(보험료 납입면제 미적용형)	보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 해약환급금미지급형 비교상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 지급
	2형(보험료 납입면제형)	

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못하거나 보험료 납입면제를 적용받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 암보장개시일, 유사암보장개시일, 전이암보장개시일은 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

- 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.
- 계약의 해약환급금은 보험금 지급이나 계약체결/관리비용 지출 등으로 인하여 납입하신 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.
- 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」 보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우 아래의 금액을 해약환급금으로 합니다.

운영 구분	해약환급금
1종(해약환급금미지급형(납입후50%))	해약환급금미지급형 비교상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액

- 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))의 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」은 1종과 동일한 보장내용의 상품이며, 그 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))과 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

- 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 계약일부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 계약일부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

○ 질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 약관에 따라 보험금 지급사유 발생일이 계약일부터 일정기간(예: 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 1) 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰]) : 해당사항 없음
- 2) 2형(보험료 납입면제형[알뜰])
 - 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 - ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
 - ② 피보험자가 「뇌졸중」, 「급성심근경색증」, 「말기폐질환」, 「말기간경화」 또는 「말기신부전증」으로 진단확정되었을 경우
 - ③ 상해로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상대가 되었을 경우
 - ④ 진단 확정된 질병으로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상대가 되었을 경우
 - 약관에 따라 보장보험료가 납입면제되는 경우에도 불구하고 일부 특별약관의 경우 보장보험료 납입면제가 제외되어 보장보험료를 납입하여야 합니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음

성낙음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

8. 계약 전 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 적용이 제한될 수 있습니다.
※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

○ 약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨

○ 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출 방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

○ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

무배당 3대질병진단비보장(A) 특별약관2407(알뜰형)

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 3대질병진단비보장(A) 특별약관2407(알돌형) (이하 「특별약관」 이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」 라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」 라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하 「주계약」 이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
1형 (보험료 납입면제 미적용형 [알돌])	제24조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않는 계약을 말합니다.
2형 (보험료 납입면제 형[알돌])	제24조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)에 의하여 납입면제가 적용되는 계약을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

용어	정의
장해	【별표2(장해분류표)】에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국표준 질병사인 분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+): 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*): 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

③ 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균공시 이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.75%입니다.
계약자 적립액	장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
해약 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

- 원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때
 - 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원
 - 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

④ 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 특별약관의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 특별약관의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5조(보험금 지급사유 등의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 지급사유의 발생을 알게된 경우 또는 제24조(보험료의 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 알게된 경우에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제6조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련

법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- ① 소송제기
- ② 분쟁조정 신청
- ③ 수사기관의 조사
- ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유에 대한 조사 및 확인이 지연되는 경우
- ⑥ 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.

④ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조(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 환인한 금액을 지급합니다.

제9조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제10조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제11조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제13조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

- ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
- ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
- ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
- ④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
- ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인)이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당하는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하거나, 보험료 납입면제를 적용합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급 또는 보험

료 납입면제를 거절하지 않습니다.

⑦ 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제14조(사기에 의한 계약)

① 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.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

③ 보험료 납입이 면제된 경우 제2항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제15조(보험계약의 성립)

① 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우

에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리

며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제17조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

① 서면교부

② 우편 또는 전자우편

③ 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

【약관의 중요한 내용 예시】

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용

청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

"전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우

② 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

⑥ 보험료 납입이 면제된 경우 제5항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제18조(계약의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위

조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제19조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 1종(해약환급금 미지급형(납입후50%))의 경우 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경 및 보험가입금액의 증액은 신청할 수 없습니다.

- ① 보험기간
- ② 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
- ③ 계약자, 피보험자
- ④ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경된 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제20조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제18조(계약의 무효) 제1항 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당

하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일
현재(계약일) : 2023년 4월 14일
→ 2023년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
= 34년 6월 12일 = 35세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일
→ 계약해당일 : 10월 1일

예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일
→ 계약해당일 : 2월 말일

제21조(특별약관의 소명)

이 특별약관의 소명은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5관 보험료의 납입

제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받을 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받을 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 제12조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 제13조(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 발

생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제23조(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.

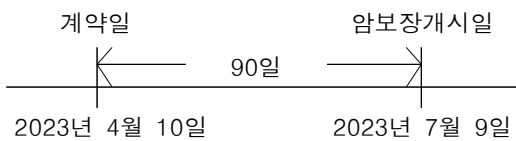
제24조(보험료의 납입면제)

① 회사는 2형(보험료 납입면제형[알뜰])을 가입한 피보험자가 보험료 납입기간 중 다음 중 어느 하나의 사유가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보장보험료의 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「뇌졸중」, 「급성심근경색증」, 「말기폐질환」, 「말기간경화」 또는 「말기신부전증」으로 진단확정 되었을 경우
- ③ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ④ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항 제1호의 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.(이하 「암보장개시일」이라 합니다)

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



③ 제1항부터 제2항까지의 규정에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에도 불구하고 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

제25조(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분

류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표6(뇌졸중대상질환 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

⑥ 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정

한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표7(급성심근경색증대상질병분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

⑧ 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑨ 이 계약에서 「말기폐질환」이라 함은 【별표8(말기폐질환)】에서 정한 「말기폐질환」을 말합니다.

⑩ 이 계약에서 「말기간경화」라 함은 【별표9(말기간경화)】에서 정한 「말기간경화」를 말합니다.

⑪ 이 계약에서 「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성신장병(제8차 한국표준질병사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 않습니다.

⑫ 「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제26조(납입면제에 관한 세부규정)

① 제24조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에도 불구하고 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암(유사암제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제24조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 「암(유사암제외)」으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일로부터 5년이 지난 이후에는 제24조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항의 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

③ 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

④ 제24조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호 및 제4호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제24조(보험료의 납입면제) 제1항의 보험료의 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이미 이 계약에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당하는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑪ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제24조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호 또는 제4호의 후유장해가 발생한 때에는 제24조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료

납입면제 사유에서 제외됩니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
 - ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.
 - ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑫ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 제24조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.
- ① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 - ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
 - ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제27조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 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 회사

는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없

는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제12조(계약 전 알릴 의무), 제13조(알릴 의무 위반의 효과), 제14조(사기에 의한 계약), 제15조(보험계약의 성립) 및 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제13조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제30조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제19조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 추속장

발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제18조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

- ① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
- ② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【예시】

입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제32조의1(위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위

반사향이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제33조(회사의 파산선고와 해지)

① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

- 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」은 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))과 동일한 보장내용의 상품이며, 그 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))의 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 지급하지 않습니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우의 해약환급금은 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.

【1종(해약환급금미지급형(납입후50%))해약환급금 예시】

1종(해약환급금미지급형(납입후50%))을 100세만기 20년납으로 2023년 4월 1일 계약체결시 2043년 3월 31일까지 보험료 납입기간 중 해지하는 경우에는 해약환급금이 없습니다.

4. 회사는 1종(해약환급금미지급형(납입후50%)) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종속이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제32조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제35조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 회사는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제36조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제37조(분쟁의 조정)

① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열

람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 금액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제38조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제39조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2023년 4월 1일에 발생하였음에도 2026년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제40조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제41조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약

자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제42조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우

② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우

③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요 없어지는 경우

④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제43조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제44조(개인정보보호)

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제45조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제46조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 5천만원까지(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 5천만원까지 보호됩니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

본 보험회사가 예금등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 별도로 최고 5천만원까지 보호합니다.(단, 연금저축보험은 다른 예금보호 대상 금융상품과는 별도로 1인당 최고 5천만원까지 보호)

제2절 보장조건

1. 암진단비(유사암제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

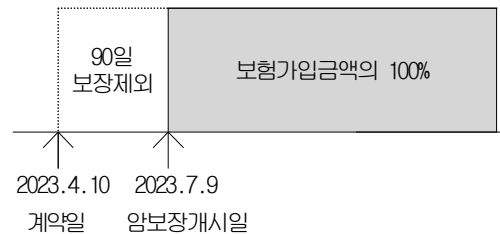
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비(유사암제외)로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
암진단비 (유사암제외) (단, 최초1회에 한하여 지급)	암(유사암 및 소액암 제외) 진단시	보험가입금액의 100%	
	소액암 진단시	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%

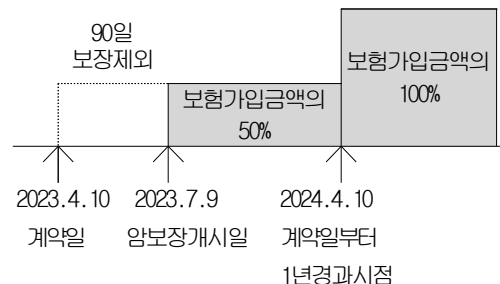
【암진단비(유사암제외)예시】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 암(유사암 및 소액암 제외) >



< 소액암 >



② 「암(유사암 및 소액암 제외)」과 「소액암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 암(유사암 및 소액암 제외)진단시에 해당하는 보험금을 지급합니다.

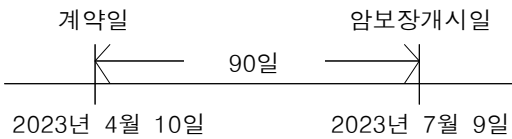
③ 「암(유사암 및 소액암 제외)」 진단확정 후 「소액암」으로 진단 확정시에는 소액암진단시에 해당하는 보험금은 지급하지 않으며, 「소액암」으로 진단확정 후 「암(유사암 및 소액암 제외)」로 진단 확정시에는 암(유사암 및 소액암 제외)진단시에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 사망하

고 그 후에 「암(유사암제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

⑤ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「소액암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 아래의 악성신생물(암)을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 자궁경부의 악성신생물	C53
3. 자궁체부의 악성신생물	C54
4. 전립선의 악성신생물	C61
5. 방광의 악성신생물	C67

② 이 특별약관에서 「암(유사암 및 소액암 제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 제1항의 「소액암」, C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

③ 이 특별약관에 있어 「암(유사암제외)」이라 함은 「암(유사암 및 소액암 제외)」 및 「소액암」을 총칭합니다.

④ 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우

「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑥ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일로부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

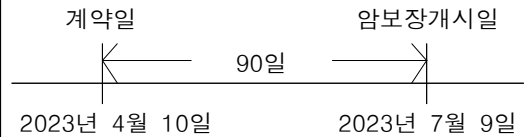
① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 양보장개시일을 적용합니다.

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제24조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.



대 상 질 병	분류번호
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 자궁경부의 악성신생물	C53
3. 자궁체부의 악성신생물	C54
4. 전립선의 악성신생물	C61
5. 방광의 악성신생물	C67

② 「암(유사암 및 소액암 제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암 및 소액암 제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암 및 소액암 제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암 및 소액암 제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암(유사암 및 소액암 제외)」으로 진단 확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보

험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암진단비(유사암 및 소액암 제외) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제24조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

3. 통합암진단비(유사암제외)보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 특정소액암진단비
- ② 특정소화기암진단비
- ③ 15대특정암진단비
- ④ 10대특정암진단비
- ⑤ 4대고액암진단비

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에【별표12(통합암(유사암제외) 분류표)】에서 정한「통합암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 암구분에 따라 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 통합암진단비(유사암제외)로 지급합니다. 다만, 아래의「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

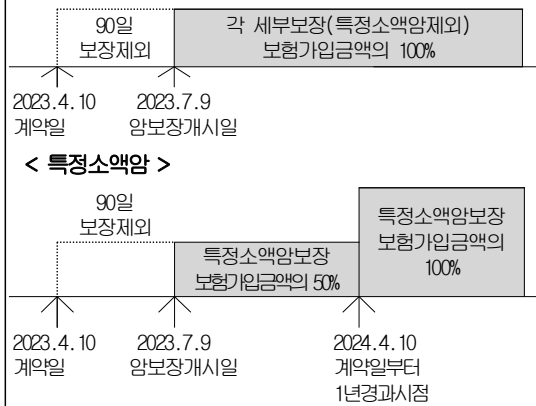
암 구 분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
특정소액암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	특정소액암보장 보험가입금액의 50%	특정소액암보장 보험가입금액의 100%
특정소화기암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	특정소화기암보장 보험가입금액의 100%	
15대특정암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	15대특정암보장 보험가입금액의 100%	
10대특정암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	10대특정암보장 보험가입금액의 100%	
4대고액암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	4대고액암보장 보험가입금액의 100%	

【통합암진단비(유사암제외)】[예시]

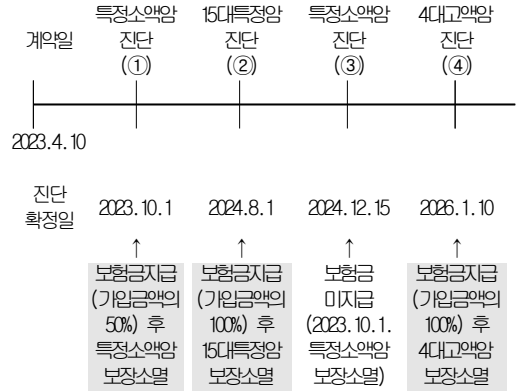
(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

< 통합암(유사암제외) >

※ 단, 특정소액암 진단은 제외됩니다.



【보험금 지급예시】



※ 설명

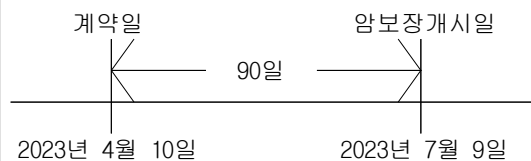
- ① : 진단확정일자를 기준으로 2023.10.1.에 진단확정된 특정소액암은 계약일로부터 1년경과시점 전일 이전에 진단된 것으로, **특정소액암보장 가입금액의 50%를 보험금으로 지급하고 해당 특정소액암 보장 소멸**
- ② : 2024.8.1.에 진단확정된 15대특정암은 **15대특정암보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 15대특정암 보장 소멸**
- ③ : **보험금 미지급**
(이미 2023.10.1.에 특정소액암 보장은 소멸되었으므로, 2024.12.15. 진단확정된 특정소액암 보험금 미지급)
- ④ : 2026.1.10.에 진단확정된 4대고액암은 **4대고액암보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 4대고액암 보장 소멸**

※ 위의 예시에서 소멸된 보장「특정소액암, 15대특정암, 4대고액암」, 유지되는 보장「특정소화기암, 10대특정암」

② 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에「통합암(유사암제외)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 통합암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제4항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 통합암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【암보장개시일[예시]】(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(통합암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「통합암(유사암제외)」이라 함은 「특정소액암」, 「특정소화기암」, 「15대특정암」, 「10대특정암」, 「4대고액암」을 총칭합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「특정소액암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 피부의 악성 흑색종, 유방의 악성 신생물, 자궁경부의 악성 신생물, 자궁체부의 악성 신생물, 전립선의 악성 신생물, 고환의 악성 신생물, 신우의 악성 신생물, 요관의 악성 신생물, 방광의 악성 신생물, 진성 적혈구증가증으로 분류되는 질병(【별표12(통합암(유사암제외) 분류표)의 특정소액암】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「특정소화기암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 위의 악성 신생물, 결장의 악성 신생물, 직장구불결장접합부의 악성 신생물, 직장의 악성 신생물, 항문 및 항문관의 악성 신생물, 간 및 간내 담관의 악성 신생물, 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물로 분류되는 질병(【별표12(통합암(유사암제외) 분류표)의 특정소화기암】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「15대특정암」이라 함은 【별표12(통합암(유사암제외) 분류표)의 15대특정암】에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑥ 이 특별약관에서 「10대특정암」이라 함은 제8차 한국

표준질병사인분류에 있어서 식도의 악성 신생물, 소장악성 신생물, 기관의 악성 신생물, 흉선의 악성 신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물, 중피종, 카포시육종, 후복막 및 복막의 악성 신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성 신생물 및 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물로 분류되는 질병(【별표12(통합암(유사암제외) 분류표)의 10대특정암】 참조)을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「4대고액암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 담낭의 악성 신생물, 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물, 췌장의 악성 신생물, 골 및 관절연골의 악성 신생물로 분류되는 질병(【별표12(통합암(유사암제외) 분류표)의 4대고액암】 참조)을 말합니다.

⑧ 「통합암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「통합암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「통합암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑨ 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「통합암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「통합암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「특정소액암」, 「특정소화기암」, 「15대특정암」, 「10대특정암」 또는 「4대고액암」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한

해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「특정소액암」, 「특정소화기암」, 「15대특정암」, 「10대특정암」, 「4대 고액암」으로 각각 진단받아 통합암진단비(유사암제외)를 각 1회씩 총 5회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

③ 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 제2항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제24조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

4. 유사암진단비보장 특별약관

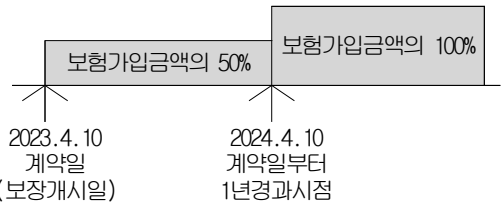
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【유사암진단비[예시]】

< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



② 「유사암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 「유사암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 유사암진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 유사암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표10(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표11(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제24조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)는 제외합니다.

5. 유사암진단비II보장 특별약관

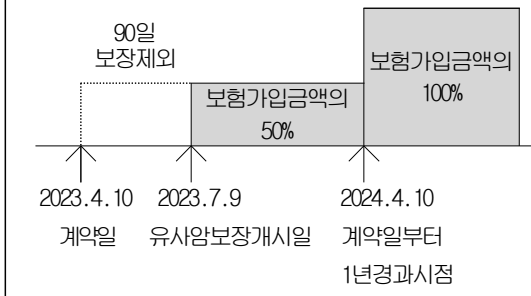
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 유사암보장개시일 이후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 유사암진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%

【유사암진단비[예시]】

(단, 유사암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)
< 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암 >



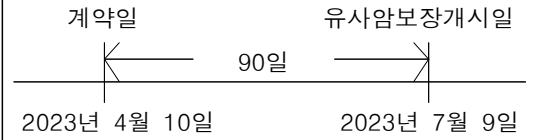
② 「유사암」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 「유사암」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 유사암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 유사암진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 유사암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

④ 이 특별약관에서 유사암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【유사암보장개시일[예시]】

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표10(제자리신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표11(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」을 총칭합니다.

⑥ 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「유사암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특별약관의 무효)

① 회사는 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 유사암보장개시일의 전일 이전에 「유사암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생김 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 유사암보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제24조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

6. 전이암진단비보장 특별약관

제1조(특별약관의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 2개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 림프절전이암진단비
- ② 특정전이암진단비

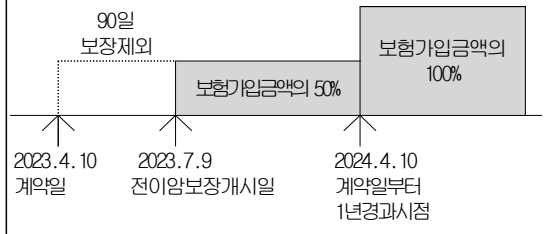
제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 전이암보장개시일 이후에 【별표13(전이암 분류표)】에서 정한 「전이암」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 전이암구분에 따라 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 전이암진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

암 구 분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
림프절전이암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	림프절전이암보장 보험가입금액의 50%	림프절전이암보장 보험가입금액의 100%
특정전이암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	특정전이암보장 보험가입금액의 50%	특정전이암보장 보험가입금액의 100%

【전이암진단비(유사암제외)】[예시]

(단, 전이암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

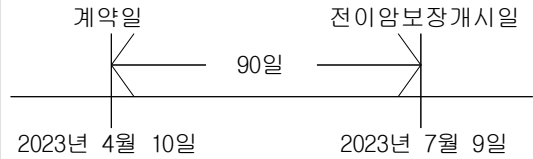


② 피보험자가 보험기간 중 전이암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「전이암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 전이암진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제4항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 전이암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

③ 이 특별약관에서 전이암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.

【전이암보장개시일[예시]】

(단, 보험나이 15세 이상인 경우)



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(전이암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「전이암」이라 함은 「림프절전이암」, 「특정전이암」을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「림프절전이암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표13(전이암 분류표)】의 림프절전이암) 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「특정전이암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물, 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물, 부위의 명시가 없는 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표13(전이암 분류표)】의 특정전이암) 참조)을 말합니다.

④ 「전이암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「전이암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「전이암」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「전이암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(특별약관의 무효)

① 회사는 제1절 일반조항 제18조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 보험계약일부터 전이암보장개시일의 전일 이전에 「전이암」으로 진단확정되는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「림프절전이암」, 「특정전이암」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「림프절전이암」, 「특정전이암」으로 각각 진단받아 전이암진단비를 각 1회씩 총 2회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

③ 제2항에 따라 이 특별약관이 소멸될 때에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 제2항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 제1절 일반조항 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 전이암보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알돌])으로 가입한 경우 제24조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

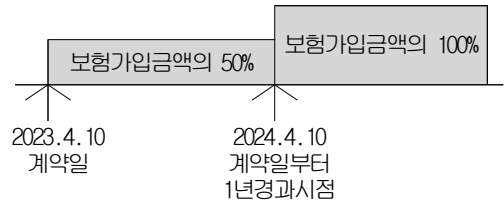
7. 뇌졸중진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
뇌졸중진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액 의 50%	보험가입금액 의 100%

【뇌졸중진단비(예시)】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 뇌졸중진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표6(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상

(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자 방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제24조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

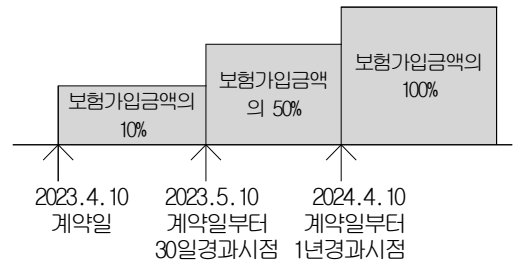
8. 뇌졸중진단비II보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 30일경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난날의 다음날을 말하며, 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액		
	계약일부터 30일경과시점 전일 이전	계약일부터 30일경과시점 이후 계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
뇌졸중진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌졸중진단비II【예시】】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 뇌졸중진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준 질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표6(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경

색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제24조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

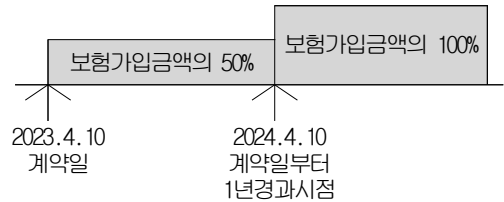
9. 뇌혈관질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년 경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
뇌혈관질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌혈관질환진단비(예시)】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌혈관질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 뇌혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로 【별표4(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌혈관질환」의 조사나 확

인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 뇌혈관 자기공명 촬영 검사결과지 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입 면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제24조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

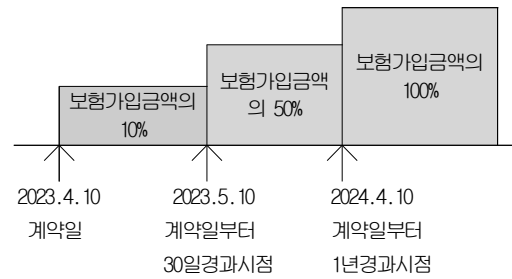
10. 뇌혈관질환진단비II보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 30일경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난날의 다음날을 말하며, 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액		
	계약일부터 30일경과시점 전일 이전	계약일부터 30일경과시점 이후 계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
뇌혈관질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌혈관질환진단비II(예시)】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 뇌혈관질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 뇌혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로 【별표4(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌혈관질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 뇌혈관 자기공명 촬영 검사결과지 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입 면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제24조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

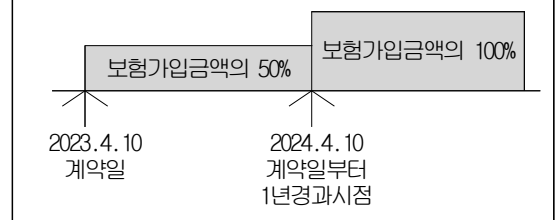
11. 급성심근경색증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
급성심근경색증 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【급성심근경색증진단비(예시)】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 급성심근경색증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 급성심근경색증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표7(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「급

성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제24조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

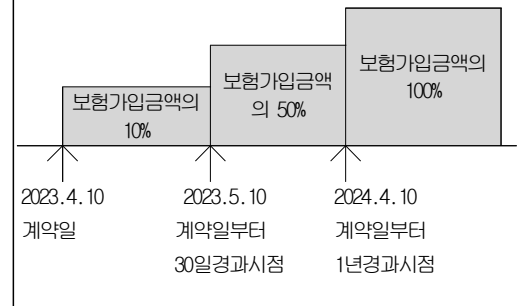
12. 급성심근경색증진단비Ⅲ보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 30일경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난날의 다음날을 말하며, 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년 이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액		
	계약일부터 30일경과시점 전일 이전	계약일부터 30일경과시점 이후 계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
급성심근경색증 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【급성심근경색증진단비Ⅲ[예시]】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 급성심근경색증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 급성심근경색증진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표7(급성심근경색증대상질병 분류

표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제24조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

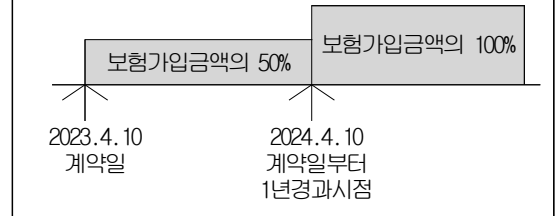
13. 허혈성심장질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
허혈성심장질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【허혈성심장질환진단비(예시)】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 허혈성심장질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 허혈성심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로 【별표5(허혈성심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「허혈성심장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정

하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 CT, MRI, 경흉부 초음파 검사결과지 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입 면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제24조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

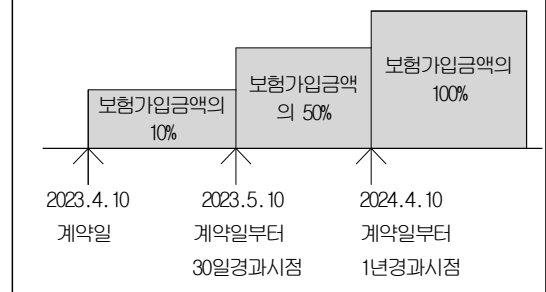
14. 허혈성심장질환진단비II보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 30일경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난날의 다음날을 말하며, 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년 이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액		
	계약일부터 30일경과시점 전일 이전	계약일부터 30일경과시점 이후 계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
허혈성심장질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 10%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【허혈성심장질환진단비II[예시]】



② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 허혈성심장질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 허혈성심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로 【별표5(허혈성심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「허혈성심장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 CT, MRI, 경흉부 초음파 검사결과지 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입 면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제24조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(특별약관 제7조 제5항 및 제34조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금 (특별약관 제7조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (특별약관 제34조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50%
		1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.

주2) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

주3) 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

장애분류표

Ⅰ 총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손 상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가능성이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 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 흉복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하

나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.

- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

Ⅱ 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 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) 한눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 거유 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 시력상

태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤에 그 장애정도를 평가한다.
- 6) “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애”라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) “뚜렷한 시야 장애”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안까지 끼워 넣을 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가 하여야 한다.
- 2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성 뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장애를 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)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- 1) “평형기능에 장애를 남긴 때”라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
- 가) 뇌영상검사(CT, MRI)
- 나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진 검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- 1) "코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 일상 생활에서 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, 후각감되는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구(입을 벌임)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) "씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 심한 개구(입을 벌임)운동 제한이나 저작(씹기)운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구(입을 벌임)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌임)운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) "씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구(입을 벌임)운동 제한 또는 약간의 저작(씹기)운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌임)운동이 2cm이하로 제한

되는 경우

- 다) 위아래턱(상하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구(입을 벌림)장애는 턱관절의 이상으로 개구(입을 벌림)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구(입을 벌림)상태에서 위아래턱(상하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
 - 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
 - 7) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
 - 8) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
 - 9) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
 - 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
 - 11) 뇌중추신경계 손상(정신인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
 - 12) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
 - 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
 - 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
 - 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구

치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.

- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애”라 함은 성형수술(반흔(흉터)성형술, 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(흉터) 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔(흉터)의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔(흉터)은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/2이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 가) 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/4이상 결손
- 2) 머리

- 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체 부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상하부[인접 상하부 척추체(척추뼈 몸통)에 인접 구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의

운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

- 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기형증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관련도를 산정하여 평가한다.
- 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI : Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일

- 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) “추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) “추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사상에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사상에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장애

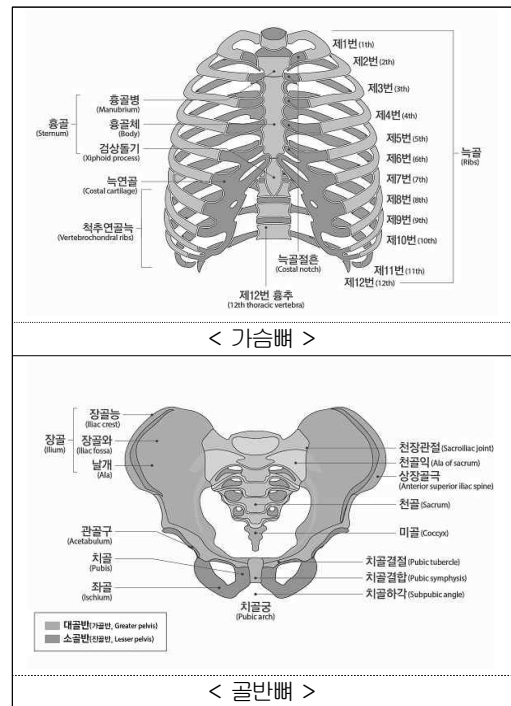
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

- 2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
- 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
- 다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) “빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그 것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해 (예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) “팔” 이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절” 이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때” 라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해 각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절균음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(Zero)” 인 경우
- 8) “관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

다.

- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
- 9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
 - 10) “관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
 - 11) “가관절[※])이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
 - 12) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 13) “뼈에 기형을 남긴 때” 라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장애판정기준

- 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- “다리”라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- “다리의 3대 관절”이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 다리의 관절기능 장애 평가는 다리의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사로 기준으로 평가한다.
- “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 완전 강직(관절굳음)
 - 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소

- 견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
- “관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
 - “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
 - “관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
 - 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
 - “가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리 뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충만한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
 - “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
 - 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 한 다리의 3대 관절중 관절 하나에 기능장애가 생

- 2) 1하지(다리와 발가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

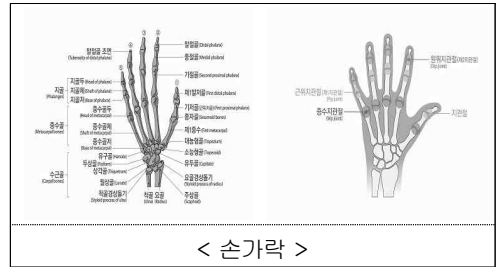
10. 손가락의 장해

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절 운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애 (예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 골신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제1, 제2

11. 발가락의 장애

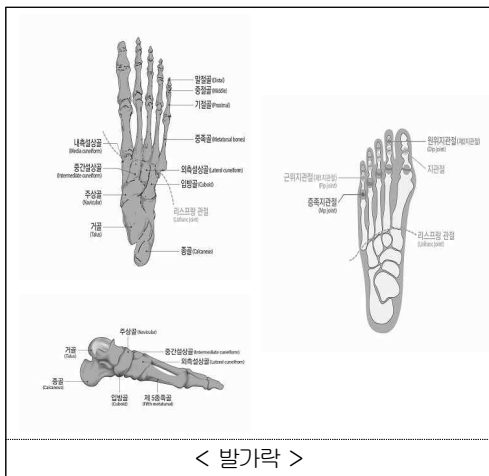
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그 것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해 (예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포

- 함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족 골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
 - 5) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
 - 6) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
 - 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
 - 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가기점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 발가락 >

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애의 판정기준

- 1) “심장 기능을 잃었을 때”라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생도록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 체장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 체장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도 협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 “<불임>일상생활

기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.

- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후

치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.

- 다) “정신행동에 극심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의 학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) “정신행동에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의 학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) “정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의 학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준”[※] 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
 - ※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
- 바) “정신행동에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의 학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) “정신행동에 경미한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의 학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과와의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료가 관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
- 타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여

보상한다.

- 파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상 대상이 되지 않는다.

3) 치매

- 가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌 영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적 치료 후 평가한다.
- 다) 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- 나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- 다) “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동 시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(질뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 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	제한정도에 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 번기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒷처리 시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒷처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
웃입고 벗기	- 상, 하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상, 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상, 하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리하는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

【별표3】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40-C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43-C44
6. 종피성 및 연조직의 악성 신생물	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69-C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73-C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76-C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81-C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)

의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내출혈	162
4. 뇌경색증	163
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	164
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
8. 기타 뇌혈관 질환	167
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	168
10. 뇌혈관 질환의 후유증	169

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

허혈성심장질환 분류표

1. 약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 협심증	120
2. 급성심근경색증	121
3. 후속 심근경색증	122
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	123
5. 기타 급성 허혈성심장질환	124
6. 만성허혈성심장병	125

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】

뇌졸중대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌졸중대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내출혈	162
4. 뇌경색증	163
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표7】

급성심근경색증대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 급성심근경색증대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성 심근경색증	121
2. 후속 심근경색증	122
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	123

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

말기폐질환(End Stage Lung Disease)

1. 말기 폐질환이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.

- 가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
- 나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하

2. 약관에 규정하는 말기 폐질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성하부호흡기질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
흉막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99
- 수두폐렴(J17.1*)	B01.2†
- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2†
- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0†
- 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3†
- 류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1†

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

4. 위의 1 ~ 3에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.

- (예) ① 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이거나 2에서 정한 대상질병 이외의 원인으로 인한 경우
 ② 2에서 정한 질병에 해당하지만 1의 가. ~ 나.의

5. 말기 폐질환의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 말기 폐질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표9】

말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis)

1. 말기간경화라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한가지 이상의 원인이 됩니다.

- ① 통제가 불가능한 복수증
- ② 영구적인 황달
- ③ 위나 식도벽의 정맥류
- ④ 간성 뇌증

2. 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.

3. 말기 간경화의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope LiverScan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 말기 간경화의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표10】

제자리신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표11】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

1. 약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	037
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	038
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	039
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	040
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	041
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	042
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	043
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	044
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만 세포 종양	047.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	047.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	047.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세포의 신생물	047.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	048

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표12】

통합암(유사암제외) 분류표

1. 약관에 규정하는 통합암(유사암제외)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

암구분	대 상 질 병	분류번호
특정 소액암	1. 피부의 악성 흑색종	C43
	2. 유방의 악성 신생물	C50
	3. 자궁경부의 악성 신생물	C53
	4. 자궁체부의 악성 신생물	C54
	5. 전립선의 악성 신생물	C61
	6. 고환의 악성 신생물	C62
	7. 신우의 악성 신생물	C65
	8. 요관의 악성 신생물	C66
	9. 방광의 악성 신생물	C67
	10. 진성 적혈구증가증	D45
특정 소화기암	1. 위의 악성 신생물	C16
	2. 결장의 악성 신생물	C18
	3. 직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
	4. 직장의 악성 신생물	C20
	5. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	6. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	7. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
15대 특정암	1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00-C14
	2. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	
	- 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	- 부비동의 악성 신생물	C31
	- 후두의 악성 신생물	C32
	- 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
	- 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
	3. 종피성 및 연조직의 악성 신생물	
	- 말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물	C47
	- 기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49
	4. 여성생식기관의 악성 신생물	
	- 외음의 악성 신생물	C51
	- 질의 악성 신생물	C52

	- 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
	- 난소의 악성 신생물	C56
	- 기타 및 상세불명의 여성생식 기관의 악성 신생물	C57
	- 태반의 악성 신생물	C58
	5. 남성생식기관의 악성 신생물	
	- 음경의 악성 신생물	C60
	- 기타 및 상세불명의 남성생식 기관의 악성 신생물	C63
	6. 요로의 악성 신생물	
	- 신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
	- 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68
	7. 눈 및 부속기의 악성 신생물	C69
	8. 부신 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C74-C75
	9. 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
	10. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
	11. 골수형성이상증후군	D46
10대 특정암	12. 만성 골수증식질환	D47.1
	13. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
	14. 골수섬유증	D47.4
	15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C77-C80
	1. 식도의 악성 신생물	C15
	2. 소장(위)의 악성 신생물	C17
	3. 기관의 악성 신생물	C33
	4. 흉선의 악성 신생물	C37
	5. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
	6. 중피종	C45
	7. 카포시육종	C46
	8. 후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
	9. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성 신생물	
	- 수막의 악성 신생물	C70
	- 뇌의 악성 신생물	C71
	- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
	10. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	
	- 호지킨림프종	C81
	- 소포성 림프종	C82
	- 비소포성 림프종	C83
	- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
	- 기타 상세불명 유형의 비호지	C85

	킨림프종	
	- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
	- 악성 면역증식성 질환	C88
	- 다발골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
	- 림프성 백혈병	C91
	- 골수성 백혈병	C92
	- 단핵구성 백혈병	C93
	- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
	- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
	- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
	- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5
4대 고액암	1. 담낭의 악성 신생물	C23
	2. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	3. 췌장의 악성 신생물	C25
	4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	
	- 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
	- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성 신생물	C41

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【별표13】

전이암 분류표

1. 약관에 규정하는 전이암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

전이암 구분	대상질병	분류 번호
림프절 전이암	1. 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
특정 전이암	1. 호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78
	2. 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79
	3. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

무배당 질병수술비보장(A)
특별약관2404(알뜰형)

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

가입자 유의사항

□ 보험종목

운영 구분	납입면제 구분	설명
1종 (해약환급금이 지급형(납입후5 0%))	1형(보험료 납입면제 미적용형)	보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 해약환급금미지급형 비교상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 지급
	2종(보험료 납입면제형)	

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못하거나 보험료 납입면제를 적용받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알려시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 양보장개시일은 보험계약일을 기준으로 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

- 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.
- 계약의 해약환급금은 보험금 지급이나 계약체결/관리비용 지출 등으로 인하여 납입하신 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.
- 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」 보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우 아래의 금액을 해약환급금으로 합니다.

운영 구분	해약환급금
1종(해약환급금미지급형(납입후50%))	해약환급금미지급형 비교상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액

- 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))의 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」 은 1종과 동일한 보장내용의 상품이며, 그 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서” 에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))과 「해약환급금미지급형 비교상품」 의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」 은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제

로 판매하지 않는 상품입니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 질병 관련 보장

- 약관에 따라 보험금 지급사유 발생일이 계약일부터 일정기간(예: 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

○ 수술 관련 보장

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예 : 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 1) 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰]) : 해당사항 없음
- 2) 2형(보험료 납입면제형[알뜰])
 - 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 - ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
 - ② 피보험자가 「뇌졸중」, 「급성심근경색증」, 「말기폐질환」, 「말기간경화」 또는 「말기신부전증」으로 진단확정 되었을 경우
 - ③ 상해로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
 - ④ 진단 확정된 질병으로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
 - 약관에 따라 보장보험료가 납입면제되는 경우에도 불구하고 일부 특별약관의 경우 보장보험료 납입면제가 제외되어 보장보험료를 납입하여야 합니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(OD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음

성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

8. 계약 전 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 적용이 제한될 수 있습니다.
※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

○ 약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨

○ 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출 방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

○ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

무배당 질병수술비보장(A) 특별약관2404(알뜰형)

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 질병수술비보장(A) 특별약관2404(알돌형)(이하 「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하 「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
1형 (보험료 납입면제 미적용형 [알돌])	제26조(보험료의 납입면제) 및 제26조의2(납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않는 계약을 말합니다.
2형 (보험료 납입면제 형[알돌])	제26조(보험료의 납입면제) 및 제26조의2(납입면제에 관한 세부규정)에 의하여 납입면제가 적용되는 계약을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.

용어	정의
장해	【별표2(장해분류표)】에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국표준 질병사인 분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+): 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*): 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

③ 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균공시 이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.75%입니다.
계약자 적립액	장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
해약 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

④ 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, '토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 특별약관의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 특별약관의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 경우 레이저(Laser) 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼, 콩다래끼 또는 선천성질환으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생 한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금 지급사유 등의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 지급사유의 발생을 알게된 경우 또는 제26조(보험료의 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 알게된 경우에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제8조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- ① 소송제기
- ② 분쟁조정 신청
- ③ 수사기관의 조사
- ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.

④ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제10조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제11조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는

지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제12조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제13조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
- ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 사실로 알지 못하였을 때
 - ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 - ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 - ④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
 - ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자

에게 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 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하거나, 보험료 납입면제를 적용합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급 또는 보험료 납입면제를 거절하지 않습니다.

⑦ 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제16조(사기에 의한 계약)

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

③ 보험료 납입이 면제된 경우 제2항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제17조(보험계약의 성립)

① 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

③ 회사는 계약의 청약과 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활

을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

- ① 서면교부
- ② 우편 또는 전자우편
- ③ 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

【약관의 중요한 내용 예시】

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

"전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

- 가. 서명자의 신원
- 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

- ① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
- ② 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자

의 법정상속인인 계약일 경우

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

⑥ 보험료 납입이 면제된 경우 제5항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제20조(계약의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
 - ② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
 - ③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조변조 방지에

대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제21조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 1종(해약환급금 미지급형(납입후50%))의 경우 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경 및 보험가입금액의 증액은 신청할 수 없습니다.

- ① 보험기간
- ② 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
- ③ 계약자, 피보험자
- ④ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경된 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이

를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제22조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(계약의 무효) 제1항 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일

현재(계약일) : 2023년 4월 14일

⇒ 2023년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
= 34년 6월 12일 = 35세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일
→ 계약해당일 : 10월 1일

예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일
→ 계약해당일 : 2월 말일

제23조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 소멸은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5관 보험료의 납입

제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은

때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

① 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제25조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제26조(보험료의 납입면제)

① 회사는 2형(보험료 납입면제형[알뜰])을 가입한 피보험자가 보험료 납입기간 중 다음 중 어느 하나의 사유가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보장보험료의 납입을 면제합니다.

① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우

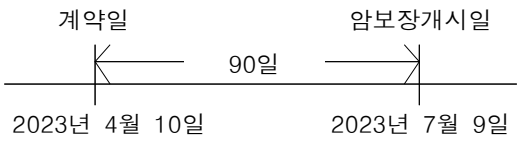
② 피보험자가 「뇌졸중」, 「급성심근경색증」, 「말기폐질환」, 「말기간경화」 또는 「말기신부전증」으로 진단확정 되었을 경우

③ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

④ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항 제1호의 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.(이하 「암보장개시일」이라 합니다)

【암보장개시일(예시)】 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



③ 제1항부터 제2항까지의 규정에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에도 불구하고 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표4(뇌졸중 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

⑥ 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표5(급성심근경색증 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

⑧ 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑨ 이 특별약관에서 「말기폐질환」이라 함은 【별표6(말기폐질환)】에서 정한 「말기폐질환」을 말합니다.

⑩ 이 특별약관에서 「말기간경화」라 함은 【별표7(말기간경화)】에서 정한 「말기간경화」를 말합니다.

⑪ 이 특별약관에서 「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신

장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성신장병(제8차 한국표준 질병사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 않습니다.

⑫ 「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제26조의2(납입면제에 관한 세부규정)

① 제26조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에도 불구하고 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암(유사암제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제26조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일부담 암보장개시일 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 「암(유사암제외)」으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제26조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항의 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

③ 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

④ 제26조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호 및 제4호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부담 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부담 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부담 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부담 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제26조(보험료의 납입면제) 제1

항의 보험료의 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이미 이 계약에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑪ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제26조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호 또는 제4호의 후유장해가 발생한 때에는 제26조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일부담 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

⑫ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 제26조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제

- 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제27조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약한금과 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 자동대출납입일로부터 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 제34조(해약한금) 제1항에 따른 해약한금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험상품의 해약한금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입 최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익

자를 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 해약한금에서 보험계약대출 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제34조(해약한금) 제1항에 따른 해약한금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약한금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약한금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약한금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약한금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제30조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활)

(효력회복)

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제20조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지

되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 - ① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - ② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【예시】

임원특약에 가입한 피보험자가 20일간 임원하였음에도 불구하고 임원확인서를 변조하여 임원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 임원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제32조의1(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제33조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을

해지할 수 있습니다.

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」은 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))과 동일한 보장내용의 상품이며, 그 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))의 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 지급하지 않습니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우의 해약환급금은 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.

【1종(해약환급금미지급형(납입후50%))해약환급금 예시】

1종(해약환급금미지급형(납입후50%))을 100세만기 20년납으로 2023년 4월 1일 계약체결시 2043년 3월 31일까지 보험료 납입기간 중 해지하는 경우에는 해약환급금이 없습니다.

4. 회사는 1종(해약환급금미지급형(납입후50%)) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제32조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제35조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가

정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 회사는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제36조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제37조(분쟁의 조정)

① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제38조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제39조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2023년 4월 1일에 발생하였음에도 2026년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제40조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석

하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제41조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인하여야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제42조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우

② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우

③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우

④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로

납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제43조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는에도 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 함의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 함의】

사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제44조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제45조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제46조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 5천만원까지(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 5천만원까지 보호됩니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

본 보험회사가 예금등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 별도로 최고 5천만원까지 보호합니다.(단, 연금저축보험은 다른 예금보호 대상 금융상품과는 별도로 1인당 최고 5천만원까지 보호)

제2절 보장조항

1. 질병수술비(특정5대질병 제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 「질병(특정5대질병 제외)」의 치료를 직접적인 목적으로 제1절 일반조항 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술비를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F04~F99)
- ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보상합니다.)
- ③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(000~099)
- ④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(000~099)
- ⑤ 비만(E66)
- ⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
- ⑦ 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)

- ⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
 - ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 - ③ 단순한 피로 또는 권태
 - ④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상 모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - ⑤ 발기부전(impotence)-불감증, 단순 코골음(수면무호흡(Q47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 - ⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)-축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - ㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
 - ㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- ④ 회사는 아래의 특정5대질환의 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ① 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 내시경적 절제술
 - ② 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병

구분	대상질병	분류번호
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
후각특정질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
	만성 비염, 비인두염 및 인두염	J31
	코폴립	J33
	코 및 비동의 기타 장애	J34
특정피부질환	피부 및 피하조직의 모낭낭	L72
	티눈 및 굳은살	L84
혈관종 및 림프관종	모든 부위의 혈관종 및 림프관종	D18

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제26조(보험료의 납입면제) 및 제26조의 2(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2. 질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제1절 일반조항 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병수술비를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F04~F99)
- ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보상합니다.)
- ③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
- ④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
- ⑤ 비만(E66)
- ⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
- ⑦ 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환, 치핵 및 항문주위정맥의 혈전증(K60~K62, K64)
- ⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 아래의 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

- ① 건강검진, 예방접종, 인공유산
- ② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
- ③ 단순한 피로 또는 권태
- ④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비선생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
- ⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(O47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
- ⑥ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - ㉠ 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - ㉡ 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - ㉢ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 경우는 시력교정술로 봅니다)
 - ㉣ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제26조(보험료의 납입면제) 및 제26조의2(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

3. 131대질병수술비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 11개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

· 심장질환수술비보장
· 뇌혈관질환수술비보장
· 특정31대질병수술비보장
· 다빈도62대질병수술비보장
· 유방의장애수술비보장
· 편도염수술비보장
· 특정다빈도29대질병수술비보장
· 후각특정질환수술비보장
· 관절염, 생식기질환수술비보장
· 치핵수술비보장
· 백내장수술비보장

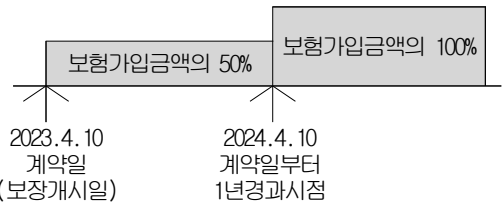
제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「131대질병」으로 진단확정되고 그 「131대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 제1절 일반조항 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 131대질병수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날을 말합니다.

구 분		지급금액	
		계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
131 대 질 병	심장질환 수술비보장	심장질환 수술비보장 보험가입금액의 50%	심장질환 수술비보장 보험가입금액의 100%
	뇌혈관질환 수술비보장	뇌혈관질환 수술비보장 보험가입금액의 50%	뇌혈관질환 수술비보장 보험가입금액의 100%
	특정31대질병 수술비보장	특정31대질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	특정31대질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
	다빈도62대질병 수술비보장	다빈도62대질병 수술비보장 보험가입금액의 50%	다빈도62대질병 수술비보장 보험가입금액의 100%
	유방의장애 수술비보장	유방의장애 수술비보장 보험가입금액의 50%	유방의장애 수술비보장 보험가입금액의 100%
	편도염수술비 보장	편도염수술비 보장 보험가입금액의 50%	편도염수술비 보장 보험가입금액의 100%

특정다빈도29대 질병수술비보장	특정다빈도29대 질병수술비보장 보험가입금액의 50%	특정다빈도29대 질병수술비보장 보험가입금액의 100%
후각특정질환 수술비보장	후각특정질환 수술비보장 보험가입금액의 50%	후각특정질환 수술비보장 보험가입금액의 100%
관절염, 생식기질환수술비보장	관절염, 생식기질환수술비보장 보험가입금액의 50%	관절염, 생식기질환수술비보장 보험가입금액의 100%
치핵수술비보장	치핵수술비보장 보험가입금액의 50%	치핵수술비보장 보험가입금액의 100%
백내장 수술비보장	백내장 수술비보장 보험가입금액의 50%	백내장 수술비보장 보험가입금액의 100%

【131대질병수술비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 제1절 일반조항 제5조(수술의 정의와 장소) 제4항에서 정한 레이저(Laser) 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 131대질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 같은 질병으로 동일 일자에 시행한 수술은 1회의 수술비만 지급합니다.

【131대질병수술비 지급예시】

다수의 위의 양성신생물(D13.1)을 제거하기 위해 동일 일자에 수술한 경우 1회의 수술비 지급

② 두가지 이상의 질병으로 진단확정되고 동일 일자에 시행한 수술은 1회의 수술비만 지급합니다. 다만, 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이나 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다. 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

【131대질병수술비 지급예시】

거미막하출혈(160)[뇌혈관질환]과 대동맥동맥류 및 박리(171)[특정31대질병]으로 진단확정되고, 거미막하출혈의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 [뇌혈관질환수술비보장]에 해당하는 보험금 지급

③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(131대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「131대질병」이라 함은 「심장질환」, 「뇌혈관질환」, 「특정31대질병」, 「다빈도62대질병」, 「유방의장장애」, 「편도염」, 「특정다빈도29대질병」, 「후각특정질환」, 「관절염, 생식기질환」, 「치핵」 및 「백내장」을 총칭합니다.

② 제1항의 「심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 심장질환으로 분류되는 질병으로, 【별표 8(심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

③ 제1항의 「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병으로, 【별표 9(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

④ 제1항의 「특정31대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 특정31대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표 10(특정31대질병 분류표)】에서 정한 크로이츠펠트-야콥병, 뇌의 특정염증성질환, 간질환, 고혈압질환, 당뇨병질환, 조로증, 만성하부호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양, 결핵, 폐렴증, 중추신경계통의 염증성 질환, 파킨슨병, 다발경화증, 뇌전증, 중증근무력증, 뇌성마비, 마비, 자율신경계통의 장애, 수두증, 녹내장, 동맥경화증, 대동맥류, 기타동맥류 및 박리, 폐렴, 폐질환, 외부요인에 의한 폐질환, 폐부종, 특정호흡기질환, 급성 체장염, 체장질환, 신부전을 말합니다.

⑤ 제1항의 「다빈도62대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다빈도62대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표 11(다빈도62대질병 분류표)】에서 정한 아래의 질병을 말합니다.

구 분	다빈도62대질병
12대 양성종양	주침샘의 양성신생물,
	소화계통의 양성신생물,
	중아 호흡계통 및 흉곽의 양성신생물,
	골 및 관절연골의 양성신생물,
	조직의 양성신생물,
	여성생식기의 양성종양,
	남성생식기의 양성종양,
	비뇨기관의 양성신생물,
	눈 및 부속기관의 양성종양,
	수막의 양성신생물,
	뇌 및 중추신경계통의 양성신생물,
	갑상선 및 내분비선의 양성신생물

구 분	다빈도62대질병
특정 혈액 및 조혈기관의 질환	용혈-요독증후군, 비장의 질환
내분비계 질환	갑상선질환, 부갑상선질환, 뇌하수체질환, 특정 기타 내분비선의 장애
혈관질환	버거씨병, 동맥 및 세동맥의 질환, 문맥혈전증, 림프절염, 특정 식도정맥류
호흡기/이비인후과 질환	급성상기도감염, 특정 인플루엔자, 상세불명의 급성 하기도감염, 축농증, 인후부위의 특정질환, 성인호흡곤란증후군, 외이의 질환, 중이 및 유도의 질환, 내이의 질환, 귀의 기타장애
시각질환	황반변성, 눈 및 눈부속기관의 특정질환, 미안성 충만성 각막염
비뇨기/신장질환	사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 방광의 결석, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 특정요도질환
소화기질환	침샘질환, 식도질환, 위궤장궤양, 위십이지장질환, 사타구니 탈장, 특정 부위의 탈장, 비감염성 장염 및 결장염, 특정 장질환, 복막의 질환, 담석증, 담낭담도질환, 장흡수장애
관절/척추질환	특정 전신결합조직장애, 결합조직의 기타 전신침범, 척추변형, 척추병증, 추간판장애(디스크질환), 골다공증
신경관련 질환	안면 신경장애, 단일신경병증

⑥ 제1항의 「유방의장장애」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 유방의장장애로 분류되는 질병으로, 【별표 12(유방의장장애 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

⑦ 제1항의 「편도염」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 편도염으로 분류되는 질병으로, 【별표 13(편도염 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

⑧ 제1항의 「특정다빈도29대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 특정다빈도29대질병으로 분류되는 질병으로, 【별표 14(특정다빈도29대질병 분류표)】에서 정한 허의 질환, 유방의 양성 신생물, 다낭성 난소증후군, 수면무호흡, 특정질환의 신경근 및 신경총 압박, 안와장애, 결막장애, 정맥염 및 혈전정맥염, 기타 정맥의 색전증 및 혈전증, 식도정맥류, 음낭정맥류, 급성 기관지염, 급성 세기관지염, 위 및 십이지장의 기타 질환, 특정 장질환, 치열및치루, 특정 소화계통의 기타 질환, 특정 전신결합조직장애Ⅱ, 달리 분류된 질환에서의 척추병증, 특정 기타등병증, 근육 장애, 기타 연조직장애, 골수염, 골괴사증, 뼈의 파열병, 뼈의 기타 장애, 연골병증, 상세 불명의 신장 급통증, 다한증을 말합니다.

⑨ 제1항의 「후각특정질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 후각특정질환으로 분류되는 질병으로, 【별표 15(후각특정질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

10 제1항의 「관절염, 생식기질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 관절염, 생식기질환으로 분류되는 질병으로, 【별표16(관절염, 생식기질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

11 제1항의 「치핵」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 치핵 및 항문주위 정맥의 혈전증으로 분류되는 질병으로, 【별표17(치핵 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

12 제1항의 「백내장」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 백내장으로 분류되는 질병으로, 【별표18(백내장 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

13 「131대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「131대질병」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제26조(보험료의 납입면제) 및 제26조의2(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

(특별약관 제9조 제5항 및 제34조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금 (특별약관 제9조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (특별약관 제34조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.

주2) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

주3) 가산이율 적용시 제9조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

장해분류표

① 총칙

1. 장해의 정의

- 1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손 상태 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 가능성이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하

나의 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, 신경계정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

② 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 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) 한눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 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”) 거유 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 시력상

태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤에 그 장애정도를 평가한다.
- 6) “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애”라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) “뚜렷한 시야 장애”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안까지 끼워 넣을 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가 하여야 한다.
- 2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성 뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장애를 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)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- 1) “평형기능에 장애를 남긴 때”라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
- 가) 뇌영상검사(CT, MRI)
- 나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- 1) "코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 일상 생활에서 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, 후각감되는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구(입을 벌림)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) "씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 심한 개구(입을 벌림)운동 제한이나 저작(씹기)운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구(입을 벌림)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌림)운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) "씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구(입을 벌림)운동 제한 또는 약간의 저작(씹기)운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌림)운동이 2cm이하로 제한

되는 경우

- 다) 위아래턱(상하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구(입을 벌림)장애는 턱관절의 이상으로 개구(입을 벌림)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구(입을 벌림)상태에서 위아래턱(상하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
 - 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
 - 7) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
 - 8) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
 - 9) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
 - 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
 - 11) 뇌중추신경계 손상(정신인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
 - 12) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
 - 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
 - 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
 - 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구

치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.

- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애”라 함은 성형수술(반흔(흉터)성형술, 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(흉터) 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔(흉터)의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔(흉터)은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/2이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 가) 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/4이상 결손
- 2) 머리

- 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
 3) 목
 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체 부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상하부[인접 상하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의

운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

- 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관련도를 산정하여 평가한다.
- 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 측추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI : Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 약간의 운동장애
 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일

- 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) “추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) “추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사서에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장애

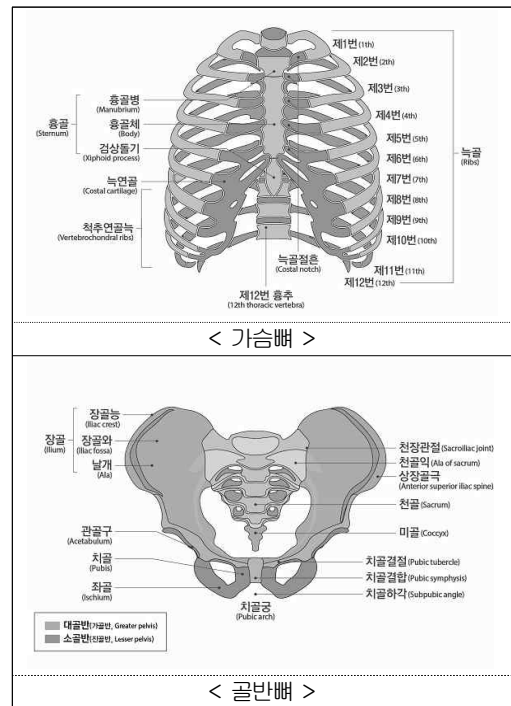
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

- 2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 천장관절 또는 치골융합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
- 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
- 다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) “빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그 것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해 (예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) “팔” 이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절” 이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때” 라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해 각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(Zero)” 인 경우
- 8) “관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

다.

- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
- 9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
 - 10) “관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
 - 11) “가관절[※])이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
 - 12) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 13) “뼈에 기형을 남긴 때” 라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 다리의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사로 기준으로 평가한다.
- 7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소

- 견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
- 8) “관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
- 9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) “관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) “가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리 뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 13) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절중 관절 하나에 기능장애가 생

- 2) 1하지(다리와 발가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장애의 분류

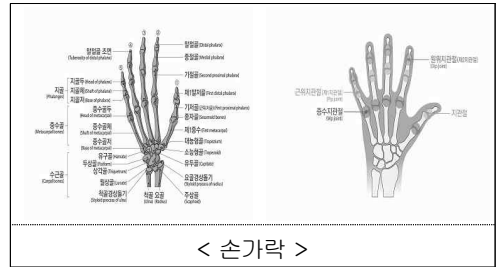
장해의 분류	지급률
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 골신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제1, 제2

지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장애

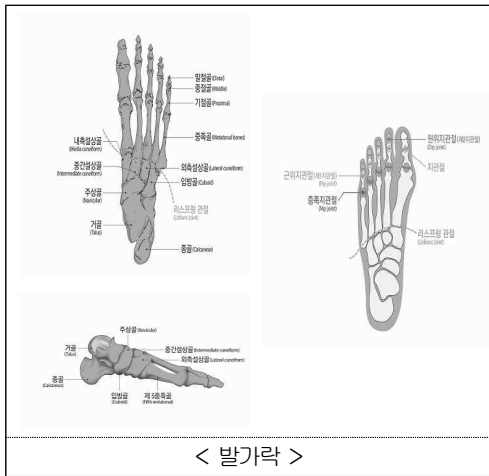
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그 것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해 (예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포

- 함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족 골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
 - 5) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
 - 6) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
 - 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
 - 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가기점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 발가락 >

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애의 판정기준

- 1) “심장 기능을 잃었을 때”라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생도록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 체장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 체장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도 협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 “<불임>일상생활

기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.

- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 “<불임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본 동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 “<불임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에

판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) “정신행동에 극심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) “정신행동에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) “정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준”[※] 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

- 바) “정신행동에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) “정신행동에 경미한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과와 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료가 관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파

등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

- 타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- 파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

사) “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

3) 치매

- 가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌 영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
- 다) 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- 나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- 다) “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동 시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(질뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 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	제한정도에 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 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒷처리 시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
웃입고 벗기	- 상, 하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상, 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상, 하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리하는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

【별표3】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40-C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43-C44
6. 종피성 및 연조직의 악성 신생물	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69-C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73-C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76-C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81-C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)

의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】

뇌졸중 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

급성심근경색증 분류표

1. 약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

말기폐질환(End Stage Lung Disease)

1. 말기 폐질환이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.

- 가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
- 나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하

2. 약관에 규정하는 말기 폐질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성하부호흡기질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
흉막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99
- 수두폐렴(J17.1*)	B01.2†
- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2†
- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0†
- 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3†
- 류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1†

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

4. 위의 1 ~ 3에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.

- (예) ① 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이거나 2에서 정한 대상질병 이외의 원인으로 인한 경우
 ② 2에서 정한 질병에 해당하지만 1의 가. ~ 나.의

5. 말기 폐질환의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 말기 폐질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표】

말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis)

1. 말기간경화라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한가지 이상의 원인이 됩니다.
 - ① 통제가 불가능한 복수증
 - ② 영구적인 황달
 - ③ 위나 식도벽의 정맥류
 - ④ 간성 뇌증
2. 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.
3. 말기 간경화의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope LiverScan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 말기 간경화의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표8】

심장질환 분류표

1. 약관에 규정하는 심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 급성 류마티스열	I00~I02
2. 만성 류마티스심장질환	I05~I09
3. 허혈심장질환	I20~I25
4. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
5. 기타 형태의 심장병	I30~I52
- 수막알균성 심근염(I41.0*)	A39.5†
- 수막알균성 심내막염(I39.8*)	A39.5†
- 수막알균성 심장막염(I32.0*)	A39.5†
- 수막알균성 심장염(I52.0*)	A39.5†
- 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6†

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9】

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표10】

특정31대질병 분류표

1. 약관에 규정하는 특정31대질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국 표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류번호
크로이츠펠트-야콥병	크로이츠펠트-야콥병	A81.0
뇌의 특정염증성질환	뇌의 특정염증성질환 (엔테로바이러스뇌염, 아데노바이러스뇌염 제외)	A83-A86 (A85.0+, A85.1+제외)
간질환	바이러스간염 간의 질환 - 거대세포바이러스간염(K77.0*) - 특소포자충간염(K77.0*)	B15~B19 K70~K77 B25.1† B58.1†
고혈압 질환	본태성(원발성) 고혈압 고혈압성 심장병 고혈압성 신장병 고혈압성 심장 및 신장병 이차성 고혈압 고혈압성 망막병증 (고혈압성 망막병증 이외의 배경 망막병증 및 망막혈관변화는 제외)	I10 I11 I12 I13 I15 H35.0
당뇨병 질환	1형 당뇨병 2형 당뇨병 영양실조-관련 당뇨병 기타 명시된 당뇨병 상세불명의 당뇨병 - 당뇨병성 단일신경병증 - 당뇨병성 다발신경병증 - 당뇨병성 백내장 - 당뇨병성 망막병증 - 당뇨병성 관절병증 - 당뇨병에서의 시구체장애	E10 E11 E12 E13 E14 G59.0* G63.2* H28.0* H36.0* M14.2* N08.3*
조로증	조로증	E34.8
만성 하부 호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염 상세불명의 만성 기관지염 천식 천식지속상태	J40 J41 J42 J45 J46

구분	대상질병	분류번호
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
결핵	결핵 결핵의 후유증 - 결핵성 복막염(A18.30+) - 장, 복막 및 장간막 림프절의 결핵성 장애(A18.3-*) - 기타 관절의 결핵성 관절염(A18.01+) - 척추의 결핵(A18.00+) - 뼈의 결핵(A18.02+) - 방광의 결핵(A18.11+) - 자궁경부의 결핵(A18.17+) - 결핵성 여성골반염증질환(A18.17+)	A15-A19 B90 K67.3* K93.0* M01.1* M49.0* M90.0* N33.0* N74.0* N74.1*
패혈증	연쇄알균패혈증 기타 패혈증	A40 A41

구분	대상질병	분류번호
중추신경계통의 염증성 질환	달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	- 수막알균수막염(G01*)	A39.0†
	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
	- 아데노바이러스수막염 (G02.0*)	A87.1†
	- 엔테로바이러스수막염 (G02.0*)	A87.0†
	- 헤르페스바이러스수막염 (G02.0*)	B00.3†
	- 수두수막염(G02.0*)	B01.0†
	- 대상포진수막염(G02.0*)	B02.1†
	- 수막염이 합병된 홍역 (G02.0*)	B05.1†
	- 볼거리수막염(G02.0*)	B26.1†
	- 칸디다수막염(G02.1*)	B37.5†
	- 콕시디오이데스진균수막염 (G02.1*)	B38.4†
	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
	- 아데노바이러스뇌염, 척수염 또는 뇌척수염(G05.1*)	A85.1†
	- 엔테로바이러스뇌염, 척수염 또는 뇌척수염(G05.1*)	A85.0†
	- 헤르페스바이러스, 척수염 또는 뇌척수염뇌염 (G05.1*)	B00.4†
	- 수두후에서의 뇌염, 척수염 또는 뇌척수염(G05.1*)	B01.1†
	- 대상포진에서의 뇌염, 척수염 또는 뇌척수염(G05.1*)	B02.0†
	- 홍역에서의 뇌염, 척수염 또는 뇌척수염(G05.1*)	B05.0†
	- 볼거리에서의 뇌염, 척수염 또는 뇌척수염(G05.1*)	B26.2†
	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
	달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07
	- 아메바성 뇌의 농양(G07*)	A06.6†
	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전 정맥염	G08
	중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09

구분	대상질병	분류번호
파킨슨 병	파킨슨병	G20
	이차성 파킨슨증	G21
다발 경화증	다발경화증	G35
뇌전증	뇌전증	G40
	뇌전증지속상태	G41
중증근 무력증	중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
뇌성마비	뇌성마비	G80
	편마비	G81
마비	하반신마비 및 사지마비	G82
	기타 마비증후군	G83
자율 신경계통의 장애	자율신경계통의 장애	G90
수두증	수두증	G91
녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
동맥 경화증	죽상경화증	I70
대동맥류	대동맥동맥류 및 박리	I71
기타동맥류 및 박리	기타 동맥류 및 박리	I72
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1
	- 수두에서의 폐렴(J17.1*)	B01.2†
	- 홍역에서의 폐렴(J17.1*)	B05.2†
	- 거대세포바이러스병에서의 폐렴 (J17.1*)	B25.0†
	- 톡소포자충증에서의 폐렴 (J17.3*)	B58.3†

구분	대상질병	분류번호
폐질환	폐기종	J43
	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	기관지확장증	J47
	히기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
	흉막의 기타 질환	J90~J94
외부요인에 의한 폐질환	외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
폐부종	폐부종	J81
특정호흡기질환	달리 분류되지 않은 폐호산구증가	J82
	기타 간질성 폐질환	J84
급성 폐장염	급성 폐장염	K85
폐장 질환	폐장의 기타 질환	K86
	달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 폐장의 장애	K87
	- 거대세포바이러스폐장염 (K87.1*)	B25.2+
	- 볼거리폐장염(K87.1*)	B26.3+
신부전	신부전	N17~N19

당뇨병 질환(E10-E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병사인분류」를 참고)

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.
진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표11】

다빈도62대질병 분류표

1. 약관에 규정하는 다빈도62대질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류번호
12대 양성 종양	주침샘의 양성 신생물	D11
	소화계통의 양성신생물	D13
	중아호흡계통	D14
	및 흉곽의 양성신생물	D15
	내기관의 양성 신생물	D16
	골 및 관절연골의 양성 신생물	D19
	조직의 양성신생물	D20
	결합조직 및 기타 연조직의 양성 신생물	D21
	자궁의 평활근종	D25
	자궁의 기타 양성 신생물	D26
	난소의 양성 신생물	D27
	기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 양성 신생물	D28
	남성생식기의 양성종양	D29
	비뇨기관의 양성신생물	D30
	눈 및 부속기의 양성 신생물	D31
	수막의 양성신생물	D32
	뇌 및 중추신경계통의 양성신생물	D33
	갑상선 및 내분비선의 양성신생물	D34
	기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35

구분		대상질병	분류 번호
특정 혈액 및 조혈 기관 의 질환	용혈-요독증 후군	용혈-요독증후군	D59.3
	비장의 질환	비장의 질환	D73
내분 비계 질환	갑상선질환	갑상선의 장애 갑상선이상성 안구돌출 (E05.0+)	E00-E07 H06.2*
		처치후 갑상선기능저하증 방사선조사후 갑상선기능 저하증 수술후 갑상선기능저하증	E89.0
	부갑상선질환	부갑상선기능저하증 부갑상선기능항진증 및 부 갑상선의 기타 장애	E20 E21
		뇌하수체의 기능항진 뇌하수체의 기능저하 및 기타 장애	E22 E23
	특정 기타 내분비선의 장애	쿠싱증후군 부신생식기장애 고알도스테론증 부신의 기타 장애	E24 E25 E26 E27
		버거씨병	F73.1
	동맥 및 세동맥의 질환	동맥색전증 및 혈전증 동맥 및 세동맥의 기타 장 애	I74 I77
		문맥혈전증	I81
혈관 질환	림프절염	비특이성 림프절염 림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I88 I89
		달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식 도정맥류	I98.2
	특정 식도정맥류	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3

구분		대상질병	분류 번호
호흡 기 / 이비 인후 과 질환	급성 상기도감염	급성 상기도감염	J00-J06
	특정 인플루엔자	확인된 동물매개 또는 범 유행 인플루엔자바이러스 에 의한 인플루엔자	J09
		확인된 계절성 인플루엔자 바이러스에 의한 인플루엔 자	J10
		바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11
	상세불명의 급성 하기도감염	상세불명의 급성 하기도감 염	J22
	축농증	만성 부비동염	J32
	인후부위의 특정질환	편도주위농양 만성 후두염 및 후두기관 염	J36 J37
		달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환	J38
		상기도의 기타 질환	J39
	성인호흡곤 란증후군	성인호흡곤란증후군	J80
	외이의 질환	외이의 질환	H60-H62
	중이 및 유도의 질환	중이 및 유도의 질환 - 중이염이 합병된 홍역 (H67.1*)	H65-H75 B05.3+
		- 홍역후 중이염 (H67.1*)	B05.3+
	내이의 질환	내이의 질환	H80-H83
	귀의 기타 장애	귀의 기타 장애	H90-H95
시각 질환	황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3

구분		대상질환	분류 번호
시각 질환	눈 및 눈부속기관 의 특정질환	공막, 각막, 홍채 및 섬 모체의 장애 - 홍채섬모체염(H22.0*) 800.50+ - 홍채염(H22.0*) 800.50+ - 전방포도막염(H22.0*) 800.50+ - 각막염(H19.1*) 800.51+ - 각막결막염(H19.1*) 800.51+ - 각막상피염(H19.1*) 800.51+ - 간질각막염(H19.1*) 800.51+ - 각막내피염(H19.1*) 800.51+ - 아데노바이러스에 의한 각막결막염(H19.2*) 830.0+ - 유행성 각막결막염 (H19.2*) 830.0+ - 조션소눈병(H19.2*) 830.0+ 맥락막 및 망막의 장애 H30+H36 - 단, 아래질환은 제외 ① 배경망막병증 및 망 막혈관변화 중 고혈압성 망막병증 (H35.0 중 고혈압성 망막 병증에 해당하는 상병) ② 황반 및 후극부의 변 성(H35.3) ③ 당뇨병의 망막병증 (H36.0) 시신경 및 시각경로의 장 애	
	미만성 총판성 각막염	미만성 총판성 각막염	H59.8
비노 기 / 신장 질환	사구체질환	급성 신염증후군 N00 급속 진행성 신염증후군 N01 재발성 및 지속성 혈뇨 N02 만성 신염증후군 N03 신증후군 N04 상세불명의 신염증후군 N05 명시된 형태학적 병변을 동반한 고립된 단백뇨 N06 달리 분류되지 않은 유전 성 신장병증 N07 달리 분류된 질환에서의 사구체장애 N08 (당뇨병에서의 사구체장애 제외) (N08.3제 외)	

구분		대상질환	분류 번호
비노 기 / 신장 질환	신세뇨관-간 질질환	급성 세뇨관-간질신장염 N10 만성 세뇨관-간질신장염 N11 급성 또는 만성으로 명시 되지 않은 세뇨관-간질신 장염 N12 폐색성 및 역류성 요로병 증 N13 약물 및 중금속 유발 세뇨 관-간질 및 세뇨관 병태 N14 기타 신세뇨관-간질질환 달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질장애 N15 N16	
	방광의 결석	방광의 결석	N21.0
	신장 및 요관의 기타 장애	신세뇨관기능손상으로 인 한 장애 N25 상세불명의 신장위축 N26 원인불명의 작은 신장 N27 달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애 N28 달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애 N29	
	비뇨계통의 기타 질환	방광염 N30 달리 분류되지 않은 방광 의 신경근육기능장애 N31 방광의 기타 장애 N32 달리 분류된 질환에서의 방광장애 N33 달리 분류된 질환에서의 요도장애 N37 - 칸디다요도염(N37.0*) B37.40+ 비뇨계통의 기타 장애 N39 (방광의 결핵(A18.11†)제 외) (N33.0제 외) (스트레스요실금 제외) (N39.3제 외) (기타 명시된 요실금 제 외) (N39.4제 외)	
	특정요도질 환	요도염 및 요도증후군 N34 요도협착 N35 요도의 기타 장애 N36	

구분	대상질병	분류 번호
소화 기 질환	침샘질환	침샘의 질환 K11
	식도질환	식도염 K20
		위·식도역류병 K21
		식도의 기타 질환 K22
		달리 분류된 질환에서의 식도의 장애 (식도의 결핵(A18.82†) 제외) (K23.0 제외) K23
	위공장궤양	위공장궤양 K28
	위·십이지장 질환	위염 및 십이지장염 K29
		기능성 소화불량 K30
	사타구니 탈장	사타구니탈장 K40
	특정 부위의 탈장	대퇴탈장 K41
		배꼽탈장 K42
		복벽탈장 K43
		횡격막탈장 K44
		기타 복부탈장 K45
		상세불명의 복부탈장 K46
	비감염성 장염 및 결장염	크론병[국소성 장염] K50
		궤양성 대장염 K51
		기타 비감염성 위장염 및 결장염 K52
	특정 장질환	장의 혈관장애 K55
		탈장이 없는 미비성 장폐색증 및 장폐색 K56
		장의 괴사병 K57
	복막의 질환	복막의 질환 (결핵성 복막염(A18.30†) 제외) K65-K67 (K67.3제외)
	담석증	담석증 K80
	담낭담도 질환	담낭염 K81
		담낭의 기타 질환 K82
		담도의 기타 질환 K83
	장흡수장애	장흡수장애 K90

구분	대상질병	분류 번호
관절/ 척추 질환	특정 전신결합조직장애	결절성 다발동맥염 및 관련 병태 M30
		기타 과사성 혈관병증 M31
	결합조직의 기타 전신침범	결합조직의 기타 전신침범-2각결막염을(를) 동반한 웨그렌증후군(M35.0†) M35 H19.3*
	척추변형	척추후만증 및 척주전만증 M40
		척추측만증 M41
		척추골연골증 M42
		기타 변형성 등병증 M43
	척추병증	강직척추염 M45
		기타 염증성 척추병증 M46
		척추증 M47
		기타 척추병증 M48
	추간판장애(디스크질환)	경추간판장애 M50
		기타 추간판장애 M51
	골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증 M80
		병적 골절이 없는 골다공증 M81
		달리 분류된 질환에서의 골다공증 M82
		골연속성의 장애 M84
신경 관련 질환	안면 신경장애	삼차신경의 장애 G50
		안면신경장애 G51
		기타 뇌신경의 장애 G52
	단일신경 병증	팔의 단일신경병증 G56
		다리의 단일신경병증 G57
		기타 단일신경병증 G58
		달리 분류된 질환에서의 단일신경병증 G59
		(당뇨병성 단일신경병증 (G59.0제외) 제외)
		(G59.0제외)

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표12】

유방의장애 분류표

1. 약관에 규정하는 유방의장애로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
양성 유방형성이상	N60
유방의 염증성 장애	N61
유방의 비대	N62
유방의 상세불명의 덩이	N63
유방의 기타 장애	N64

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표13】

편도염 분류표

1. 약관에 규정하는 편도염으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표14】

특정다빈도29대질병 분류표

1. 약관에 규정하는 특정다빈도29대질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류번호
허의 질환	허의 질환	K14
유방의 양성 신생물	유방의 양성 신생물	D24
다낭성 난소증후군	다낭성 난소증후군	E28.2
수면무호흡	수면무호흡	G47.3
특정질환의 신경근 및 신경총 압박	신생물질환에서의 신경근 및 신경총 압박	G55.0
	추간관 장애에서의 신경근 및 신경총 압박	G55.1
	척추증에서의 신경근 및 신경총 압박	G55.2
	기타 등병증에서의 신경근 및 신경총 압박	G55.3
안와장애	안와의 장애	H05
결막장애	결막의 장애	H10-H13
정맥염 및 혈전정맥염	정맥염 및 혈전정맥염	I80
기타 정맥의 색전증 및 혈전증	기타 정맥의 색전증 및 혈전증	I82
식도정맥류	식도정맥류	I85
음낭정맥류	음낭정맥류	I86.1
급성 기관지염	급성 기관지염	J20
급성 세기관지염	급성 세기관지염	J21
위 및 십이지장의 기타 질환	위 및 십이지장의 기타 질환	K31
	위 및 십이지장의 기타 질환	K31
특정 장질환	과민대장증후군	K58
	기타 기능성 장장애	K59
치열및치루	항문 및 직장부의 열창 및 누공	K60
	항문 및 직장부의 농양	K61

구분	대상질병	분류번호
특정 소화계통의 기타 질환	소화계통의 기타 질환	K92
	달리 분류된 질환에서의 기타 소화기관장애 (장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-*) 제외)	K93 (K93.0*제외)
특정 전신결합조직 장애II	전신홍반루푸스	M32
	피부다발근염	M33
	전신경화증	M34
달리 분류된 질환에서의 척추병증	달리 분류된 질환에서의 척추병증 (척추의 결핵(A18.00†) 제외)	M49 (M49.0*제외)
특정 기타등병증	달리 분류되지 않은 기타 등병증	M53
	등통증	M54
근육 장애	근육 장애	M60-M63
기타 연조직장애	기타 연조직장애	M70-M79 (M74, M78 제외)
골수염	골수염	M86
골괴사증	골괴사	M87
뼈의 파열병	뼈의 파열병	M88
뼈의 기타 장애	뼈의 기타 장애	M89
연골병증	연골병증	M91-M94
상세불명의 신장 급통증	상세불명의 신장 급통증	N23
다한증	다한증	R61

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표15】

후각특정질환 분류표

1. 약관에 규정하는 후각특정질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류번호
후각특정질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
	만성 비염, 비인두염 및 인두염	J31
	코폴립	J33
	코 및 비동의 기타 장애	J34

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표16】

관절염,생식기질환 분류표

1. 약관에 규정하는 관절염,생식기질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류번호
관 절 염	감염성 관절병증 (결핵관절염(A18.01†) 제외)	M00-M03 (M01.1제외)
	염증성 다발관절병증 (당뇨병성 관절병증 제외)	M05-M14 (M14.2제외)
	- 류마티스페질환(M05.1†)	J99.0*
	관절증 기타 관절장애	M15-M19 M20-M25
생 식 기 질 환	남성생식기관의 질환 (남성 불임 제외)	N40-N45, N47-N51
	- 편모충성 전립선염(N51.0*)	A59.08†
	- 볼거리고환염(N51.1*)	B26.0†
	여성골반내기관의 염증성 질환 (자궁경부의 결핵감염(A18.17†) 제외)	N70-N77 (N74.0제외)
	(여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†) 제외)	(N74.1제외)
	여성 생식관의 비염증성 장애 (습관적 유산자 제외) (여성불임 제외) (인공수정과 관련된 합병증 제외)	N80-N95
	달리 분류되지 않은 비요생식계통의 처치후 장애	N99

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표17】

치핵 분류표

1. 약관에 규정하는 치핵으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대 상 질 병	분류 번호
치핵 및 항문주위 정맥 혈전증	포함 - 치질 제외 - 합병증 : 합병된 출산 및 산후기(087.2), 합병된 임신(022.4)	K64

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표18】

백내장 분류표

1. 약관에 규정하는 백내장으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

구분	대상질병	분류번호
백내장	노년성 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

무배당 수술비(1~7종, 연간3회한)(질병)보장
특별약관2404(알뜰형)

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

가입자 유의사항

□ 보험종목

운영 구분	납입면제 구분	설명
1종 (해약환급금이 지급형(납입후5 0%))	1형(보험료 납입면제 미적용형)	보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 해약환급금미지급형 비교상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 지급
	2종(보험료 납입면제형)	

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못하거나 보험료 납입면제를 적용받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 양보장개시일은 보험계약일을 기준으로 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

- 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.
- 계약의 해약환급금은 보험금 지급이나 계약체결/관리비용 지출 등으로 인하여 납입하신 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.
- 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」 보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우 아래의 금액을 해약환급금으로 합니다.

운영 구분	해약환급금
1종(해약환급금미지급형(납입후50%))	해약환급금미지급형 비교상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액

- 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))의 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」은 1종과 동일한 보장내용의 상품이며, 그 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))과 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제

로 판매하지 않는 상품입니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 질병 관련 보장

- 약관에 따라 보험금 지급사유 발생일이 계약일부터 일정기간(예: 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

○ 수술 관련 보장

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예 : 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 1) 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰]) : 해당사항 없음
- 2) 2형(보험료 납입면제형[알뜰])
 - 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 - ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
 - ② 피보험자가 「뇌졸중」, 「급성심근경색증」, 「말기폐질환」, 「말기간경화」 또는 「말기신부전증」으로 진단확정 되었을 경우
 - ③ 상해로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
 - ④ 진단 확정된 질병으로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
 - 약관에 따라 보장보험료가 납입면제되는 경우에도 불구하고 일부 특별약관의 경우 보장보험료 납입면제가 제외되어 보장보험료를 납입하여야 합니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않은 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

8. 계약 전 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 적용이 제한될 수 있습니다.
※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

○ 약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨

○ 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출 방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

○ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

**무배당 수술비(1~7종, 연간3회한)(질병)보장
특별약관2404(알뜰형)**

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 수술비(1~7종, 연간3회한)(질병)보장 특별약관 2404(알뜰형)(이하 「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하 「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
1형 (보험료 납입면제 미적용형 [알뜰])	제26조(보험료의 납입면제) 및 제26조의2(납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않는 계약을 말합니다.
2형 (보험료 납입면제 형[알뜰])	제26조(보험료의 납입면제) 및 제26조의2(납입면제에 관한 세부규정)에 의하여 납입면제가 적용되는 계약을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
장해	【별표2(장해분류표)】에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

용어	정의
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국표준 질병사인 분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+): 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*): 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

③ 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균공시 이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.75%입니다.
계약자 적립액	장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
해약 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

④ 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 【별표8(1~7종 수술분류표)】에서 정한 「수술」을 받은 경우에는 아래의 금액을 보험수익자에게 수술비로 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 수술에 한하여 보장하며, 하나의 수술코드당 연간 3회에 한하여 보장합니다.

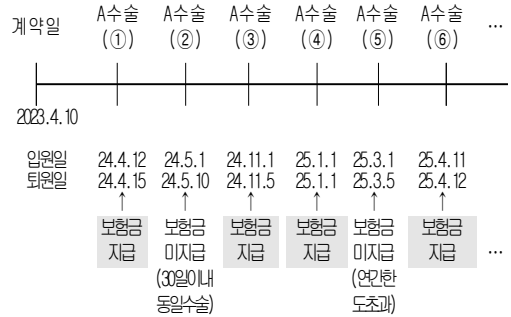
구분	지급금액
1종수술	질병1종 수술비보장 보험가입금액
2종수술	질병2종 수술비보장 보험가입금액
3종수술	질병3종 수술비보장 보험가입금액
4종수술	질병4종 수술비보장 보험가입금액
5종수술	질병5종 수술비보장 보험가입금액
6종수술	질병6종 수술비보장 보험가입금액
7종수술	질병7종 수술비보장 보험가입금액

② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

③ 다만, 30일내에 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술코드에 해당되는 「수술」을 받은 경우에는 제1항의 수술비를 지급하지 않습니다. 이 때, 30일이라 함은 수술비가 지급된 수술코드에 대하여 그 「수술」이 행해진 해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일의 다음날부터 이후 동일한 수술코드가 부여된 입원의 입원일 또는 통원의 통

원일까지의 기간을 말합니다.

【보험금 지급예시(1)】



※ 설명

① : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)

② : 보험금 미지급

(직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일[24.4.15]부터 동일수술이 행해진 입원의 입원일[24.5.1]까지의 기간(16일)이 30일 이내이므로 보험금 미지급)

③ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두 번째 A수술)

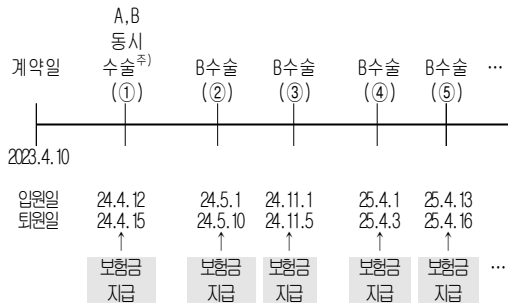
④ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세 번째 A수술)

⑤ : 보험금 미지급

(A수술, 연간 지급횟수(3회) 초과되었으므로 보험금 미지급)

⑥ : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술)

【보험금 지급예시(2)】



주) 2가지 수술코드가 부여되었으나, 수술종류가 A수술이 높은 경우

※ 설명

① : A수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 A수술) (수술종류가 높은 A수술에 해당하는 보험금 지급)

② : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 B수술)

③ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 두 번째 B수술)

④ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 세 번째 B수술)

⑤ : B수술에 해당하는 보험금 지급(연간 첫 번째 B수술)

(직전 보험금이 지급된 수술이 행해진 입원의 퇴원일[25.4.3]부터 동일수술이 행해진 입원의 입원일[25.4.13]까지의 기간(10일)이 30일 이내이지만 새로운 연간에 해당되므로 보험금 지급)

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 질병으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 【별표 8(1~7종 수술분류표)】에서 정한 수술코드(이하 「수술코드」라 합니다.)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고, 「진단명 기준환자군(Diagnosis Related Group, DRG)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 이 특별약관 정한 코드를 말합니다.

【진단명기준환자군(DRG)】

환자의 진단명 및 기타진단명, 수술처치명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 유사한 그룹으로 분류하는 것을 말하며, 이 특별약관의 진단명기준환자군(DRG) 분류체계는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【ADRG(Adjacent DRG)】

환자의 진단명 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 의료행위주1)와 진단명주2)에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수”에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명

진단명이란 통계청에서 고시하는 “한국표준질병·사인분류”상의 분류번호를 말합니다.

④ 제3항의 「수술코드」에서 향후 「진단명기준환자군(DRG)」개정으로 동일한 수술에 대해 「수술코드」가 변경되는 경우에도 이 특별약관의 체결시점에서 정한 「수술코드」를 따릅니다.

【설명】

- (예시) 이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 A010이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술코드가 A080으로 변경된 경우에도 A010에 해당하는 수술비를 지급합니다.
- 회사는 피보험자가 수술받은 시점의 주진단범주(MDC)와 의료행위를 이 특별약관 체결시점의 진단명기준환자군(DRG) 기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술코드를 기준으로 수술비를 지급합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.

⑥ 제1항의 수술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-72호, 2021.3.4.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gamma knife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술에 포함하여 보장합니다.

「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한하여 수술비를 지급합니다.

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술을 받더라도 진단명기준환자군(DRG)에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다. (예시) 피보험자가 입원을 하고 “치료적 자궁소파술(N141)”과 “복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)(N021)”을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 외과적 우선순위에 따라 생성되는 ADRG는 “복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)(N021)”입니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 수술종류가 높은 하나의 수술코드에 한하여 수술비를 지급합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술을 받은 경우

에는 새로운 입원으로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

④ 이 특별약관의 보험기간이 끝난 때에도 피보험자가 계속입원 중에 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 이 특별약관에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술하였으나 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우에 한하여 회사는 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.

⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 수술비와 제5항의 수술코드에 해당하는 수술비를 각각 지급합니다.

⑦ 「단순 자궁 수술(악성종양 제외)[수술코드 N031, N032]」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤으나 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑤ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ⑥ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑦ 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑧ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑨ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
- ⑩ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

② 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병은 보상하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동장애(F04~F99)
- ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보상합니다.)
- ③ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
- ④ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ⑤ 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)
- ③ 회사는 【별표8(1~7종 수술분류표)】의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.
- ④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(【별표2】비급여대상)에 해당하는 수술에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ⑤ 상해를 원인으로 수술을 하여 【별표8(1~7종 수술분류표)】에서 정한 수술코드를 받은 경우에는 보상하지 않습니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(보험금 지급사유 등의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 지급사유의 발생을 알게된 경우 또는 제26조(보험료의 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 알게된 경우에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제8조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명 포함), 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI 코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부, 장해진단서 등)
[단, 진료비 세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI 코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI 코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다]

【급여수가코드】

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입 면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ⑤ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 - ① 소송제기
 - ② 분쟁조정 신청
 - ③ 수사기관의 조사
 - ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유에 대한 조사 및 확인이 지연되는 경우
 - ⑥ 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

- ③ 제2항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.
- ④ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

- ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일

지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제10조(보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제11조(주소변경통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제12조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정 상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제13조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않

은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험 수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제14조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

- ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 사실로 알지 못하였을 때
- ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
- ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
- ④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
- ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전

까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하거나, 보험료 납입면제를 적용합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급 또는 보험료 납입면제를 거절하지 않습니다.

⑦ 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복) 계약을 최초계약으로 봅니다)

제16조(사기에 의한 계약)

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

③ 보험료 납입이 면제된 경우 제2항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제17조(보험계약의 성립)

① 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가

발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등' 이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

- ① 서면교부
- ② 우편 또는 전자우편
- ③ 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

【약관의 중요한 내용 예시】

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

"전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

- 가. 서명자의 신원
- 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

- ① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
- ② 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

⑥ 보험료 납입이 면제된 경우 제5항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제20조(계약의 무효)

1 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
 - ② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
 - ③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
- 2 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시

하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제21조(계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 1종(해약환급금 미지급형(납입후50%))의 경우 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경 및 보험가입금액의 증액은 신청할 수 없습니다.

- ① 보험기간
- ② 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
- ③ 계약자, 피보험자
- ④ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

2 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경된 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

3 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

4 회사는 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

5 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

6 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다

다.

제22조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(계약의 무효) 제1항 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일
현재(계약일) : 2023년 4월 14일
→ 2023년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
= 34년 6월 12일 = 35세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

- 예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일
→ 계약해당일 : 10월 1일
예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일
→ 계약해당일 : 2월 말일

제23조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5관 보험료의 납입

제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 제14조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제25조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

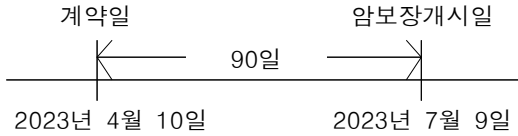
제26조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 2형(보험료 납입면제형[알뜰])을 가입한 피보험자가 보험료 납입기간 중 다음 중 어느 하나의 사유가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보장보험료의 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「뇌졸중」, 「급성심근경색증」, 「말기폐질환」, 「말기간경화」 또는 「말기신부전증」으로 진단확정 되었을 경우
- ③ 피보험자가 상해로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ④ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

- ② 제1항 제1호의 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.(이하 「암보장개시일」이라 합니다)

【암보장개시일(예시)] (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



③ 제1항부터 제2항까지의 규정에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에도 불구하고 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

제26조의1(암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관 있어 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은

원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표4(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

⑥ 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표5(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

⑧ 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑨ 이 특별약관에서 「말기폐질환」이라 함은 【별표6(말기폐질환)】에서 정한 「말기폐질환」을 말합니다.

⑩ 이 특별약관에서 「말기간경화」라 함은 【별표7(말기간경화)】에서 정한 「말기간경화」를 말합니다.

⑪ 이 특별약관에서 「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성신장병(제8차 한국표준질병사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증은

로 보지 않습니다.

⑫ 「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제26조의2(납입면제에 관한 세부규정)

① 제26조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에도 불구하고 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암(유사암제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제26조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일부터 암보장개시일 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 「암(유사암제외)」으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제26조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항의 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」이란 함은 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

③ 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

④ 제26조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호 및 제4호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제26조(보험료의 납입면제) 제1항의 보험료의 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이미 이 계약에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑪ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제26조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호 또는 제4호의 후유장해가 발생한 때에는 제26조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

⑫ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 제26조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하에 드립니다)

③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제27조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입

최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 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 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출

원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청탁할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청탁한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청탁할 때(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청탁 포함) 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제30조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에

따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별 부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다.)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제20조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

- ① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
- ② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【예시】

입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제32조의1(위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위 반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제33조(회사의 파산선고와 해지)

① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이

효력을 잃는 경우에 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

- 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」은 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))과 동일한 보장내용의 상품이며, 그 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))의 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 지급하지 않습니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우의 해약환급금은 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.

【1종(해약환급금미지급형(납입후50%))해약환급금 예시】

1종(해약환급금미지급형(납입후50%))을 100세만기 20년납으로 2023년 4월 1일 계약체결시 2043년 3월 31일까지 보험료 납입기간 중 해지하는 경우에는 해약환급금이 없습니다.

4. 회사는 1종(해약환급금미지급형(납입후50%)) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제32조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제35조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 회사는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제36조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제37조(분쟁의 조정)

① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제38조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제39조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2023년 4월 1일에 발생하였음에도 2026년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제40조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제41조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인하여야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제42조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
 - ① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
 - ② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
 - ③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요 없어지는 경우
 - ④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

다.

- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제43조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는에도 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 함의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 함의】

사회통념상 일반 보통인이러면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제44조(개인정보보호)

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제45조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제46조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 5천만원까지(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 5천만원까지 보호됩니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

본 보험회사가 예금등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 별도로 최고 5천만원까지 보호합니다.(단, 연금저축보험은 다른 예금보호 대상 금융상품과는 별도로 1인당 최고 5천만원까지 보호)

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제9조 제5항 및 제34조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금 (특별약관 제9조 제5항)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (특별약관 제34조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
- 주2) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 주3) 가산이율 적용시 제9조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

장해분류표

Ⅰ 총칙

1. 장해의 정의

- 1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손 상태 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 상태에서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하

나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.

- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

2 장 **장애분류별 판정기준**

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 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) 한눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
- 4) “한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때”라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.

※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상

태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤에 그 장애정도를 평가한다.
- 6) “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애”라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) “뚜렷한 시야 장애”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹液) 등으로 의안마지 끼워 넣을 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 컷바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가 하여야 한다.
- “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
- “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성 뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 컷바퀴의 결손

- “컷바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 컷바퀴의 연결부가 1/2이상 결손된 경우를 말한다.
- 컷바퀴의 연결부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- “평형기능에 장애를 남긴 때”라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
가) 뇌영상검사(CT, MRI)
나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- “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.
- “코의 후각기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구(입을 벌임)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 심한 개구(입을 벌임)운동 제한이나 저작(씹기)운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구(입을 벌임)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌임)운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구(입을 벌임)운동 제한 또는 약간의 저작(씹기)운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌임)운동이 2cm이하로 제한

- 되는 경우
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구(입을 벌임)장애는 턱관절의 이상으로 개구(입을 벌임)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구(입을 벌임)상태에서 위아래턱(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 윗턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
 - 7) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
 - 8) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
 - 9) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
 - 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
 - 11) 뇌중추신경계 손상(정신인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률을 하나만 인정한다.
 - 12) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
 - 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
 - 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
 - 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구

치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.

- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙었다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애”라 함은 성형수술(반흔(흉터)성형술, 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(흉터) 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔(흉터)의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔(흉터)은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/2이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 가) 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/4이상 결손
- 2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

- 3) 목
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체 부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상하부[인접 상하부 척추체(척추뼈 몸통)에 인접한 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 다) 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의

- 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기원증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관련도를 산정하여 평가한다.
 - 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
 - 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
 - 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
 - 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI : Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 8) 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일

- 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
 - 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
 - 12) “추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
 - 13) “추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판 10마디를 수술하고도 신경생리검사상에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
 - 14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사상에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장애

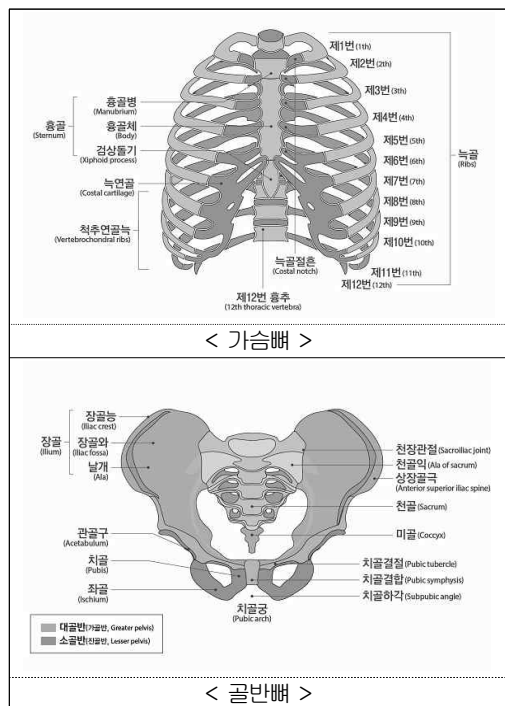
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

- 2) “골반뼈의 뚜렷한 기형” 이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
 - 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - 다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) “빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때” 라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애 (예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “팔” 이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절” 이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때” 라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애 각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절균열)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(Zero)” 인 경우
- 8) “관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다

다.

- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
- 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
- 9) "관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때" 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) "관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때" 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) "가관절[※]이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때" 라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료가 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 12) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때" 라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) "뼈에 기형을 남긴 때" 라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한다리의 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 치유후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) "다리" 라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) "다리의 3대 관절" 이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) "한다리의 발목이상을 잃었을 때" 라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 다리의 관절기능 장해 평가는 다리의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) "관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때" 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소

- 견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
- 8) "관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때" 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
- 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
- 9) "관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때" 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) "관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때" 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) "가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리 뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 13) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절중 관절 하나에 기능장해가 생

기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

- 2) 1하지(다리와 발가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

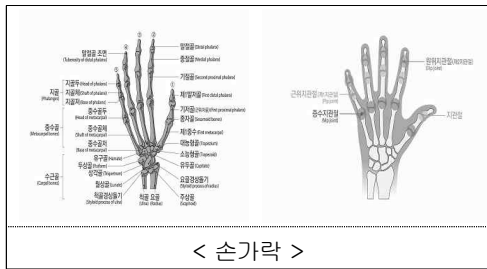
장해의 분류	지급률
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) "손가락을 잃었을 때" 라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) "손가락뼈 일부를 잃었을 때" 라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) "손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때" 라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제1, 제2

8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

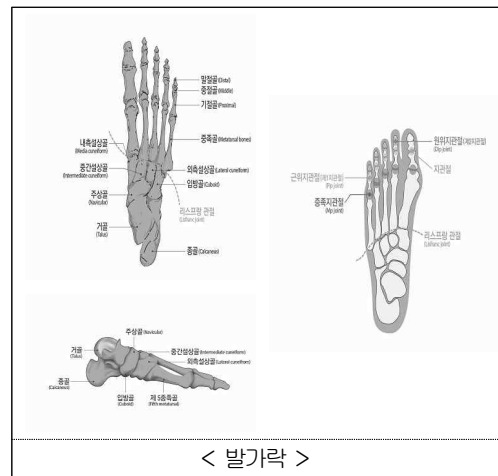


가. 장애의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그 것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해 (예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1관절(근위지관절)부터(제1관절 포

- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 측근-중족 골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애의 판정기준

- 1) “심장 기능을 잃었을 때”라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생도록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 체장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 체장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도 협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 “<불임>일상생활

기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.

- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 “<불임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 “<불임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에

판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) “정신행동에 극심한 장애를 남긴 때” 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) “정신행동에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) “정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준”[※] 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
 - ※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리 나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
- 바) “정신행동에 약간의 장애를 남긴 때” 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) “정신행동에 경미한 장애를 남긴 때” 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과 치료 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료가 관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파

등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

- 타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- 파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

- 가) “치매” 라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌 영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
- 다) 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- 나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- 다) “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) “경증발작” 이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동 시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(질뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 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	제한정도에 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 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒷처리 시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒷처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
웃입고 벗기	- 상, 하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상, 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상, 하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

【별표3】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40-C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43-C44
6. 종피성 및 연조직의 악성 신생물	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69-C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73-C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76-C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81-C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수성유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)

의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경
되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】

뇌졸중대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌졸중대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

급성심근경색증대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 급성심근경색증대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】

말기폐질환(End Stage Lung Disease)

1. 말기 폐질환이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보아야 합니다.

- 가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
- 나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하

2. 약관에 규정하는 말기 폐질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(K00 :통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성하부호흡기질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
흉막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99
- 수두폐렴(J17.1*)	B01.2†
- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2†
- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0†
- 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3†
- 류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1†

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

4. 위의 1 ~ 3에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.

- (예) ① 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이거나 2에서 정한 대상질병 이외의 원인으로 인한 경우
- ② 2에서 정한 질병에 해당하지만 1의 가. ~ 나.의

특징을 모두 보이지 않는 경우

5. 말기 폐질환의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 말기 폐질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표】

말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis)

1. 말기간경화라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한가지 이상의 원인이 됩니다.

- ① 통제가 불가능한 복수증
- ② 영구적인 황달
- ③ 위나 식도벽의 정맥류
- ④ 간성 뇌증

2. 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.

3. 말기 간경화의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope LiverScan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 말기 간경화의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표8】

1~7종 수술분류표

〈보장대상 수술코드 및 수술종류〉

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
1. 간 이식	간 이식	A010	7
2. 폐 이식	폐 이식	A020	7
3. 심장 이식	심장 이식	A030	7
4. 체장 이식	체장 이식	A040	7
5. 소장 이식	소장 이식	A050	7
6. 조혈모세포 이식	조혈모세포 이식, 동종이식	A061	7
	조혈모세포 이식, 자가이식	A062	7
7. 신장 이식	신장 이식	A070	7
8. 체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술미동반	체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080	5
9. 기관절개술	기관절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기장기사용	A091	1
	기관절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기단기사용	A092	1
	기관절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기미사용	A093	1
	기관절개술(안면, 구강, 경부 장애제외), 인공호흡기장기사용	A094	1
	기관절개술(안면, 구강, 경부 장애제외), 인공호흡기단기사용	A095	1
	기관절개술(안면, 구강, 경부 장애제외), 인공호흡기미사용	A096	1
10. 사지 이식	사지 이식	A100	7

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
11. 뇌동맥류수술	복잡 뇌동맥류 수술 (뇌졸중 동반)	B011	7
	단순 뇌동맥류 수술 (뇌졸중 동반)	B012	7
	복잡 뇌동맥류 수술 (뇌졸중 미동반)	B013	7
	단순 뇌동맥류 수술 (뇌졸중 미동반)	B014	7
	뇌동맥류 색전술 (뇌졸중 동반)	B015	5
	뇌동맥류 색전술 (뇌졸중 미동반)	B016	5
	뇌동맥류 복합 수술 (뇌졸중 동반)	B017	7
	뇌동맥류 복합 색전술 (뇌졸중 미동반)	B018	5
12. 뇌혈관수술	두개내 혈관 수술 (뇌졸중 동반)	B021	7
	두개내 혈관 수술 (뇌졸중 미동반)	B022	7
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥류 색전술 (뇌졸중 동반)	B023	5
	뇌신경계 혈관기형 및 동정맥류 색전술 (뇌졸중 미동반)	B024	5
	경피적 뇌혈관 수술 (협착·폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025	5
	경피적 뇌혈관 수술 (협착 및 폐쇄의 경우)	B026	5
	경피적 뇌혈관 수술 (혈전제거의 경우)	B027	5
13. 혈종제거술 및 기타 개두술 (외상제외)	혈종제거술(외상 제외)	B031	7
	두개내 감압술(외상 제외)	B032	7
	두개골 성형술(외상 제외)	B033	7
14. 두개외 혈관수술	두개외 혈관수술 (뇌졸중 동반)	B041	4
	두개외 혈관수술 (뇌졸중 미동반)	B042	4
	경피적 두개외 혈관수술	B043	4
15. 뇌기저부 수술	뇌기저부 수술	B050	7

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
16. 뇌종양 절제술	복잡 천막상부 종양절제술	B061	7
	단순 천막상부 종양절제술	B062	7
	복잡 천막하부 종양절제술	B063	7
	단순 천막하부 종양절제술	B064	7
	경피적 뇌신경계 종양 수술	B065	5
	경비적 뇌하수체 종양절제술	B066	7
17. 신경계 신경자극기 설치술	신경계 신경자극기 설치술	B070	6
18. 뇌전증 수술	뇌전증 수술 (전극삽입술 시행)	B081	6
	뇌전증 수술 (전극삽입술 미시행)	B082	6
19. 정위수술	중추신경계 정위수술 (뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091	5
	중추신경계 정위수술 (두개내 출혈)	B092	5
	뇌정위 방사선 수술 (두개내 출혈 및 뇌혈관기형)	B093	5
	뇌정위 방사선 수술 (양성 뇌종양)	B094	5
	뇌정위 방사선 수술(기타)	B095	5
	중추신경계 체부 정위 방사선 수술	B096	5
20. 뇌신경 수술	뇌신경 수술	B100	5
21. 뇌척수액 우회로조성술	뇌척수액 우회로조성술	B110	4
22. 외상 개두술	혈중제거술(외상 관련), 경막외 출혈	B121	6
	혈중제거술(외상 관련), 경막하 출혈	B122	6
	혈중제거술(외상 관련), 기타 뇌내 출혈	B123	6
	두개내 감압술(외상 관련)	B124	7
	두개골 성형술(외상 관련)	B125	7
23. 기타 개두술	기타 개두술	B130	6
24. 천두술	천두술 (경막하 또는 경막외)	B141	4
	천두술(뇌내)	B142	4
	천두술(기타)	B143	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
25. 척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	B151	5
	척추강내 병소절제술 (척수병증 동반)	B152	5
	척추강내 병소절제술 (척수병증 미동반)	B153	5
	척추강내 병소절제술 (척추고정술 동반)	B154	5
26. 척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	B161	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162	5
	성인기 척추변형 척추고정술 (감압술 미동반)	B163	5
	척추고정술 (척수병증 동반)	B171	4
27. 기타 척추 수술	척추고정술 (척수병증 미동반)	B172	4
	척추후궁절제술 및 추간판제거술 (척수병증 동반)	B173	2
	척추후궁절제술 및 추간판제거술 (척수병증 미동반)	B174	2
	기타 척추 수술 (척수병증 동반)	B175	1
	기타 척추 수술 (척수병증 미동반)	B176	1
28. 척추 중재시술	척추 중재시술 (뼈에 시행한 경우)	B181	1
	척추 중재시술 (신경에 시행한 경우)	B182	1
29. 신경조절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191	3
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192	1
30. 기타 신경계수술	주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201	1
	기타 말초 및 뇌 신경수술	B202	1
	수근관 이완술	B203	1
	기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204	1
	기타 신경계 수술	B205	1
31. 복잡 척추수술	복잡 척추고정술	B211	4
	복잡 척추후궁절제술	B212	2

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
32.안부 관통상 수술	복잡 안부 관통상 수술	0011	1
	전안부 관통상 수술 (수정체 수술 동반)	0012	1
	전안부 관통상 수술 (수정체 수술 미동반)	0013	1
	후안부 관통상 수술	0014	1
33.안와 수술	복잡 안와 수술, 한쪽	0021	2
	복잡 안와 수술, 양쪽	0022	2
	단순 안와 수술	0023	2
34.안구 수술 (종양 수술 포함)	안구 수술 (종양 수술 포함)	0030	2
35.망막 및 유리체 수술	망막 및 유리체 수술 (망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	0043	2
	망막 및 유리체 수술 (망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	0044	2
	망막 및 유리체 수술 (망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	0045	2
	망막 및 유리체 수술 (망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	0046	2
	주요 각막이식수술	0051	2
36.안구 표면재건술	기타 각막이식수술	0052	2
	공막 및 각막윤부이식수술	0053	2
37.수정체 소절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 소절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	0061	1
	기타 수정체 소절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	0062	1
	주요 수정체 소절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	0063	1
	기타 수정체 소절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	0064	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
38.수정체 대절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관)	주요 수정체 대절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	0071	1
	기타 수정체 대절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	0072	1
	수정체 대절개 수술 (유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	0073	1
39.후발성 백내장 수술	후발성 백내장 수술	0080	1
40.녹내장 수술	복잡 녹내장 수술 (수정체 수술 동반)	0091	2
	복잡 녹내장 수술 (수정체 수술 미동반)	0092	2
	단순 녹내장 수술 (수정체 수술 동반)	0093	2
	단순 녹내장 수술 (수정체 수술 미동반)	0094	2
41.기타 안구내 수술	기타 주요 안구내 수술	C101	1
	기타 단순 안구내 수술	C102	1
42.사시 수술	복잡 사시 수술	C111	1
	단순 사시 수술	C112	1
43.안경 수술	복잡 안경 수술, 제1형	C121	1
	복잡 안경 수술, 제2형	C122	1
	복잡 안경 수술, 제3형	C123	1
	주요 안경 수술, 제1형	C124	1
	주요 안경 수술, 제2형	C125	1
	주요 안경 수술, 제3형	C126	1
	기타 안경 수술	C127	1
44.눈물길 수술	복잡 눈물길 수술	C131	1
	주요 눈물길 수술, 한쪽	C132	1
	주요 눈물길 수술, 양쪽	C133	1
	기타 눈물길 수술 (경비내시경 포함), 단안	C135	1
	기타 눈물길 수술 (경비내시경 포함), 양안	C136	1
45.결막 수술	결막낭 재건술	C141	1
	복잡 결막 수술	C142	1
	단순 결막 수술	C143	1
46.기타 안구외수술	기타 안구외 수술	C150	1
47.내이 수술	귀 이식술	D011	5
	주요 내이 수술	D012	3
	단순 내이 수술	D013	2
48.중이 및 유양돌기 수술	고실유양돌기 수술	D021	2
	유양돌기 수술	D022	2
	고실 수술	D023	2
	이소골 재건술	D024	2
	등골 수술	D025	2
	환기관삽입 고막절개술	D026	2

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
49.외이 및 귀 수술	주요 외이 및 귀 수술	D031	1
	단순 외이 및 귀 수술	D032	1
50.귀 및 코의 악성종양 수술	귀 및 두개저 악성종양 수술	D041	6
	비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042	6
51.부비동개방 수술	부비동 개방 수술 (한 개, 한쪽)	D051	1
	부비동 개방 수술 (한 개, 양쪽)	D052	1
	부비동 개방 수술 (여러 개, 한쪽)	D053	1
	부비동 개방 수술 (여러 개, 양쪽)	D054	1
52.내시경을 이용한 부비동 수술	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065	1
	복합 내시경을 이용한 부비동 수술 (여러 개, 한쪽)	D066	1
	내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067	1
	복합 내시경을 이용한 부비동 수술 (여러 개, 양쪽)	D068	1
53.코 수술	주요 코 수술	D081	1
	비중격 및 비갑개수술	D082	1
	단순 코 수술	D083	1
54.구강 및 타액선 악성종양 수술	구강 및 타액선 악성종양 수술	D090	6
55.후두 및 인두 악성종양 수술	주요 후두 및 인두 악성종양 수술 (경동맥소체포함)	D101	6
	단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102	6
56.경부림프절 절제술	경부림프절절제술, 한쪽	D111	4
	경부림프절절제술, 양쪽	D112	4
57.안면골 수술	악관절 수술	D121	2
	주요 안면골 수술	D122	2
	단순 안면골 수술	D123	2
58.두경부 재건술	두경부 재건술	D130	2
59.타액선 수술	이하선수술	D141	2
	악하선 및 설하선 수술	D142	2
	기타 타액선 수술	D143	1
	타석제거술	D144	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
60.경부 수술	경부 수술	D150	1
61.편도 및 아데노이드 수술	주요 편도 및 아데노이드 수술	D161	1
	단순 편도 및 아데노이드 수술	D162	1
62.구강,인후 두 수술	주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171	1
	단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172	1
63.기타 이비인후, 구강 질환 수술	기타 이비인후, 구강 질환 수술	D200	1
64.주요 흉부 수술	기관 및 기관지 수술	E011	6
	주요 폐 수술 (악성종양의 경우)	E012	6
	주요 폐 수술 (악성종양 제외)	E013	6
	기타 폐 수술	E014	6
	종격동 수술	E015	6
	주요 흉곽 수술	E016	6
	기타 흉곽 수술	E017	3
	흉강경을 이용한 주요 수술	E018	6
65.기관지경 및 방사선하 수술	흉강경을 이용한 기타 수술	E019	6
	기관지경 및 방사선하 수술	E020	2
66.기타 호흡기계 수술	수면무호흡증후군 수술	E032	1
	호흡기계 기타 단순 수술	E033	1
	기타 호흡기계 수술	E034	1
67.폐농양 배액술	폐농양 배액술	E520	1
68.흉막삼출 배액술	흉막삼출 배액술	E530	1
69.자동체내제세동기 시술	자동체내제세동기 설치술 또는 교환술	F011	5
	자동체내제세동기 교정술	F012	5
70.심장판막 수술(심도자술 사용)	대동맥판 수술 (심도자술 사용)	F021	7
	승모판 혹은 삼첨판 수술 (심도자술 사용)	F022	7
	폐동맥판 수술 (심도자술 사용)	F023	7

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
71. 심장판막 수술(심도자술 미사용)	대동맥판 수술 (심도자술 미사용)	F031	7
	승모판 혹은 삼첨판 수술 (심도자술 미사용)	F032	7
	폐동맥판 수술 (심도자술 미사용)	F033	7
72. 관상동맥 우회로 조성술	관상동맥 우회로 조성술 (심도자술 사용, 인공심장폐장치 사용)	F041	7
	관상동맥 우회로 조성술 (심도자술 미사용, 인공심장폐장치 사용)	F042	7
	관상동맥 우회로 조성술 (심도자술 사용, 인공심장폐장치 미사용)	F043	7
	관상동맥 우회로 조성술 (심도자술 미사용, 인공심장폐장치 미사용)	F044	7
73. 기타 심흉부수술	기타 심흉부 수술 (인공심장폐장치 사용)	F053	6
	기타 심흉부 수술(인공심장폐장치 미사용)	F054	5
74. 주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 사용)	F061	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 사용)	F062	7
	기타 주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 사용)	F063	7
75. 주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 미사용)	파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 미사용)	F071	7
	비파열 동맥류 또는 대동맥 축착 교정술 (인공심장폐장치 미사용)	F072	7
	기타 주요 혈관복구 수술 (인공심장폐장치 미사용)	F073	6
76. 대동맥 경피적 수술	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 미동반)	F081	4
	복부대동맥 및 장골동맥류 경피적 수술(파열 동반)	F082	4
	흉부대동맥류 경피적 수술	F083	4
	대동맥박리 경피적 수술	F084	4
77. 정맥 및 대정맥 경피적 수술	심부정맥혈전증 경피적 수술	F091	4
	대정맥 필터설치를 위한 경피적 수술	F092	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
78. 경도관 심장결손 폐쇄술	경도관 심방중격결손 폐쇄술	F101	4
	경도관 동맥관개존증 폐쇄술	F102	4
	기타 경도관 심장 결손 폐쇄술	F103	4
79. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 단일혈관)	F111	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112	4
80. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121	4
	급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122	4
81. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135	4
	급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136	4
82. 부정맥의 경피적 수술 (3차원 지도화 기능 포함)	심실빈맥 전극도자 절제술 (3차원 지도화 기능 포함)	F141	4
	심방세동 전극도자 절제술 (3차원 지도화 기능 포함)	F142	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술 (3차원 지도화 기능 포함)	F143	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
83. 부정맥의 경피적 수술 (3차원 지도화 기능 미포함)	심실빈맥 전극도자 절제술 (3차원 지도화 기능 미포함)	F151	4
	심방세동 전극도자 절제술 (3차원 지도화 기능 미포함)	F152	4
	발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F153	4
84. 경피적 풍선판막성형술	경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161	4
	경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162	4
85. 혈관 기형의 경피적 수술	동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181	4
	관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술 (두경부 제외)	F182	4
86. 말초동맥의 경피적 수술	말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192	4
	말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193	4
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술 (여러 개)	F194	4
	말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술 (한 개)	F195	4
87. 기타 경피적 심혈관 수술	기타 경피적 심혈관 수술	F200	4
88. 체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	영구적 심박조율기 설치술	F211	5
	영구적 심박조율기 교환술	F212	5
	심박조율기 제거 및 전환술	F213	1
89. 기타 혈관 복구 수술	기타 혈관 복구 수술	F220	2
90. 순환장애 절단술 (수족부 제외)	순환 장애 절단술 (수족부 제외)	F230	6
91. 순환장애 수족부 절단술	순환 장애 수족부 절단술	F240	3
92. 정맥 결찰 및 스트리핑	정맥류 국소 절제술	F252	1
	정맥류 광범위 절제술 (여러 개)	F253	1
	정맥류 광범위 절제술 (한 개)	F254	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
93. 기타 순환기계 수술	기타 순환기계 수술	F260	1
94. 식도 수술	식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011	6
	기타 주요 식도 수술	G012	5
	기타 단순 식도 수술	G013	4
95. 직장절제술 (림프절절제 동반)	복강경을 이용한 직장절제술 (림프절절제 동반)	G021	6
	개복에 의한 직장절제술 (림프절절제 동반)	G022	6
96. 직장절제술 (림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 직장절제술 (림프절절제 미동반)	G031	6
	개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032	6
97. 경항문 및 경천골 접근직장절제술	경항문 및 경천골 접근 직장절제술 (악성종양의 경우)	G041	6
	경항문 및 경천골 접근 직장절제술 (악성종양 제외)	G042	6
98. 주요 십이지장 수술	주요 십이지장 수술	G050	6
99. 식도 정맥류 수술	식도 정맥류 수술	G060	5
100. 위전절제술	복강경을 이용한 위전절제술	G071	6
	개복에 의한 위전절제술	G072	6
101. 위아전절제술	복강경을 이용한 위아전절제술	G081	6
	개복에 의한 위아전절제술	G082	6
102. 기타 위절제술	복강경을 이용한 기타 위절제술	G091	5
	개복에 의한 기타 위절제술	G092	5
	복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093	5
	개복에 의한 기타 설상절제술	G094	5
103. 소화성 궤양 수술	복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101	4
	개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102	4
104. 기타 위 및 식도 수술	복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111	4
	개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112	4

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
105.결장 및 직장전 절제술	복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121	6
	개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122	6
106.결장절제술(림프절절제 동반)	복강경을 이용한 결장절제술 (림프절절제 동반)	G131	6
	개복에 의한 결장절제술 (림프절절제 동반)	G132	6
107.결장절제술(림프절절제 미동반)	복강경을 이용한 결장절제술 (림프절절제 미동반)	G141	5
	개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142	5
108.기타 대장 수술	복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151	4
	개복에 의한 기타 대장 수술	G152	4
109.소장 및 장간막 수술	복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171	5
	개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172	5
	장폐색 수술 및 기타 장 수술	G173	3
110.장루 수술	장루 수술	G180	3
111.횡격막 탈장 수술	횡격막 탈장 수술	G190	4
112.탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 동반)	G201	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외 (장절제 동반)	G202	1
	복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203	1
	개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외 (장절제 미동반)	G204	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
113.총수절제술	복강경을 이용한 총수절제술 (복잡 주진단의 경우)	G211	3
	복강경을 이용한 총수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212	3
	개복에 의한 총수절제술 (복잡 주진단의 경우)	G213	3
	개복에 의한 총수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214	3
114.재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221	1
	복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223	1
	개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224	1
115.서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230	1
116.복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술 (장절제 미동반)	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241	1
	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242	1
117.개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253	1
	개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253	1
118.복수 항문 수술	복수 항문 수술	G260	1
119.치핵 수술	주요 치핵 수술	G271	1
	단순 치핵 수술	G272	1
120.항문 주위 농양 수술	주요 항문 주위 농양 수술	G281	1
	단순 항문 주위 농양 수술	G282	1
121.치루 수술	주요 치루 수술	G291	1
	단순 치루 수술	G292	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
122.치열 수술 및 항문협착증 수술	치열 수술 및 항문협착증 수술	G300	1
123.경향문 및 질접근 수술	직장 질루 수술	G311	1
	직장 탈출증 수술 및 괄약근성형술(직장류교정술 포함)	G312	1
124.화농성한선염 수술	화농성한선염 수술	G320	1
125.기타 소화기계 수술	기타 소화기계 수술	G332	1
126.소화기계 질환의 혈관색전술	소화기계 질환의 혈관색전술	G340	3
127.위내시경 시술	위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503	1
	위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504	1
	위내시경 시술, 당일퇴원	G505	1
128.결장경 시술	결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523	1
	결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524	1
	결장경 시술, 당일퇴원	G525	1
129.구불결장경 시술	구불결장경 시술	G531	1
	구불결장경 시술, 당일퇴원	G532	1
130.소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	G540	1
131.소장내시경 시술	소장내시경 시술	G550	1
132.소화관 협착을 위한 방사선하 시술	소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560	2
133.소화기계 질환의 경피적 배액술	소화기계 질환의 경피적 배액술	G570	2
134.간담도췌장 복합수술	간담도췌장 복합수술	H010	6
135.간담도 복합수술	주요 간담도 복합수술	H021	6
	기타 간담도 복합수술	H022	5
136.담도췌장 복합수술	담도췌장 복합수술	H030	6

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
137.간 절제술	복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041	6
	개복에 의한 주요 간 절제술	H042	6
	복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043	5
	개복에 의한 기타 간 절제술	H044	5
138.간 수술	복강경을 이용한 간 수술	H051	4
	개복에 의한 간 수술	H052	4
139.간담도계 질환 치료를 위한 단락술	간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060	4
140.담도 절제술(림프절 절제 동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071	6
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072	6
141.담도 절제술(림프절 절제 미동반)	복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081	5
	개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082	5
142.주요 담도 수술	복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091	5
	개복에 의한 주요 담도 수술	H092	5

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
143. 담낭절제술	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105	4
	개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106	4
	복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107	4
	개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108	4
144. 췌장절제술	복강경을 이용한 췌장절제술	H111	6
	개복에 의한 췌장절제술	H112	6
145. 췌장 수술	복강경을 이용한 췌장 수술	H121	4
	개복에 의한 췌장 수술	H122	4
146. 기타 간담도 및 췌장 수술	역행성담관내시경 수술	H142	3
	담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143	1
	기타 간담도 및 췌장 수술	H144	3
	경피적 담관경 수술	H145	3
	경피적 담관 수술	H146	3

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
147. 간담도 및 췌장의 경피적 수술	경피적 혈관 수술(간의 악성종양 제외)	H152	3
	담도협착을 위한 경피적 수술	H154	3
	담석제거를 위한 경피적 수술	H155	3
	경피적 혈관 수술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156	5
	경피적 혈관 수술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157	5
148. 출혈성 정맥류에 대한 내시경 수술	출혈성 정맥류에 대한 내시경 수술	H500	1
149. 간암의 경피적 치료술	간암의 경피적 치료술	H510	5
150. 간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520	3
151. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011	4
	양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012	3
152. 고관절	고관절 전재치환술	I021	4
	고관절 전치환술	I022	4
	고관절 부분치환술	I023	4
153. 슬관절	슬관절 전재치환술	I031	3
	슬관절 전치환술	I032	3
	슬관절 부분치환술	I033	3
154. 기타 관절 재치환술 및 치환술	기타 관절 전재치환술	I041	2
	기타 관절 전치환술	I042	2
	기타 관절 부분치환술	I043	2
	인공관절삽입술 제거술	I044	2
155. 혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050	4
156. 척추강내 병소절제술	척수내 종양절제술	I061	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062	5
	척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063	5
	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064	5

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
157. 척추변형 척추고정술	청소년기 척추변형 척추고정술	1071	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	1072	5
	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	1073	5
158. 기타 척추 수술	척추고정술 (척수병증 동반)	1081	4
	척추고정술 (척수병증 미동반)	1082	4
	척추후궁절제술 및 추간판제거술 (척수병증 동반)	1083	2
	척추후궁절제술 및 추간판제거술 (척수병증 미동반)	1084	2
	기타 척추 수술 (척수병증 동반)	1085	1
	기타 척추 수술 (척수병증 미동반)	1086	1
159. 척추 중재	척추 중재시술 (뼈에 시행한 경우)	1091	1
	척추 중재시술 (신경에 시행한 경우)	1092	1
160. 신경조절 술 및 척수강내 약물주입 펌프이식술	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	1101	3
	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	1102	1
161. 절단술	주요 절단술	1111	6
	기타 절단술	1112	3
162. 골종양의 절제술	골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	1121	6
	골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	1122	6
	골악성종양의 광범위 절제술(기타)	1123	6
	골양성종양의 소피술 또는 절제술	1124	2
163. 골수염 및 농양 수술	골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	1131	2
	골수염 및 농양 수술(기타)	1132	1
	근농양 배농술	1133	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
164. 고관절 및 대퇴부 수술	양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	1141	3
	한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	1142	2
165. 상완골, 경골 및 비골 수술	상완골, 경골 및 비골 수술	1160	2
166. 단단성형술	단단성형술(수족지 제외)	1171	2
	단단성형술(수족지)	1172	2
167. 건부 수술	회전근개 수술	1181	1
	관절외순 수술	1182	1
	복수 진단 건부 수술	1183	1
	기타 건부 수술	1184	1
168. 슬부 수술	십자인대 수술	1191	1
	반달연골 수술, 양쪽	1192	1
	반달연골 수술, 한쪽	1193	1
	기타 슬관절 수술	1194	1
169. 주관절 및 전완부 수술	주관절 및 전완부 수술	1200	1
170. 족부 및 족관절 수술	족부 및 족관절 힘줄인대 수술	1211	1
	족관절 골연골 병변 수술	1212	1
	기타족부 및 족관절 수술	1213	1
171. 체내고정 장치 제거술	체내고정장치 제거술	1220	1
172. 완관절 및 수부 수술	주요 완관절 및 수부 수술	1251	1
	단순 완관절 및 수부 수술	1252	1
173. 미세혈관 조직이식 또는 피부이식	미세혈관 조직이식	1261	3
	기타 피판술	1262	2
	피부 및 지방 이식술	1263	2
174. 연조직 수술	복잡한 연조직 수술	1271	1
	주요 연조직 수술	1272	1
	단순 연조직 수술	1273	1
175. 기타 골절 수술	골반 및 비구 골절 수술	1281	3
	대퇴부 골절 수술	1282	3
	슬관절 및 하퇴골 골절 수술	1283	3
	족관절 및 족부 골절 수술	1284	2
	건부 및 상완골 골절 수술	1285	3
	전완부 골절 수술	1286	2
	수부 골절 수술	1287	1
176. 기타 결합조직 수술	기타 결합조직 수술	1290	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
177.복잡 인공관절치환술	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301	4
	복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303	2
	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305	2
	복잡 인공관절부분치환술	I306	3
178.복잡 척추수술	복잡 척추고정술	I311	4
	복잡 척추후궁절제술	I312	2
179.복잡 관절 수술	복잡 사지골절정복술	I321	2
	복잡 관절고정술	I322	2
	복잡 사지관절절제술	I323	1
	복잡 가관절수술	I324	2
	복잡 반월판연골절제술	I325	1
180.복잡 근골격계 영증성 질환 수술	복잡 화농성관절염절개술	I331	1
	복잡 골수염 및 농양수술	I332	1
181.근골격계 질환의 경피적 배액술	근골격계 질환의 경피적 배액술	I500	1
182.피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010	3
183.피판술, 피부이식술 및 변연절제술 (피부계양, 봉소염의 경우)	피판술(피부계양, 봉소염의 경우)	J021	2
	피부 이식술(피부계양, 봉소염의 경우)	J022	2
184.피판술, 피부이식술 및 변연절제술 (피부계양, 봉소염 제외)	피판술(피부계양, 봉소염제외)	J031	2
	피부 이식술(피부계양, 봉소염 제외)	J032	2
185.기타 피부, 피하조직수술	피부 및 연조직 악성종양 절제술	J041	4
	피부 및 연조직 수술	J042	1
	기타 피부, 피하조직수술	J043	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
186.유방재건술	자가조직을 이용한 유방재건술	J051	3
	보형물을 이용한 유방재건술	J052	3
187.주요 유방 수술	근치 유방절제술	J061	6
	유방절제술(악성종양의 경우)	J062	6
	유방절제술(악성종양 제외)	J063	2
188.단순 유방 수술	진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071	1
	절개에 의한 단순 유방 수술	J072	1
189.액와 수술	액와 수술(악성종양의 경우)	J081	4
	액와 수술(악성종양 제외)	J082	1
190.기타 유방 및 액와 수술	기타 유방 및 액와 수술	J090	1
191.항문 주위 및 모소 수술	항문 주위 및 모소 수술	J100	1
	교감신경절제술	J110	2
192.내분비, 영양 및 대사장애 절단술	내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011	6
	내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012	3
193.뇌하수체 수술	천막상부 종양 절제술	K021	7
	복잡 경비적 뇌하수체 종양 절제술	K023	7
	단순 경비적 뇌하수체 종양 절제술	K024	7
194.부신 수술	복강경을 이용한 부신 수술	K031	4
	개복에 의한 부신 수술	K032	4
195.내분비, 영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	내분비, 영양 및 대사장애 유리 피판술	K041	2
	내분비, 영양 및 대사장애 기타 피판술	K042	2
	내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식술	K043	2
196.부갑상선 수술	내시경을 이용한 부갑상선 수술	K051	2
	절개에 의한 부갑상선 수술	K052	2
197.주요 갑상선 악성 종양 수술	주요 갑상선 악성 종양 수술(양쪽)	K063	4
	주요 갑상선 악성 종양 수술(한쪽)	K064	4
198.주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(양쪽)	K075	2
	주요 갑상선 악성 종양 제외 수술(한쪽)	K076	2

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
199.기타 갑상선 수술	기타 갑상선 수술	K080	1
200.기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	복강경을 이용한 비만대사수술	K091	1
	개복에 의한 비만대사수술	K092	1
	기타 내분비, 영양 및 대사장애 수술	K490	1
201.복막투석 도관 삽입술	복막투석 도관 삽입술	L010	2
202.신장 및 비뇨기계 신생물 수술	주요 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L021	6
	기타 신장, 신우 및 요관 신생물 수술	L022	6
	주요 방광 및 골반 신생물 수술	L023	6
	기타 방광, 골반 및 요도 신생물 수술	L024	5
	경요도 요관 및 방광 신생물 수술	L025	4
	전립선 신생물 수술	L026	4
	복강경을 이용한 신장 및 비뇨기계 신생물 수술	L027	6
	복강경을 이용한 신장 및 신우 수술	L031	4
203.신장 및 신우 수술	개복에 의한 신장 및 신우 수술	L032	4
	경피적 신장 및 신우 수술, 한쪽	L033	3
	경피적 신장 및 신우 수술, 양쪽	L034	3
204.요관 수술	요관 수술	L040	2
205.방광 수술	개복에 의한 방광 수술	L051	4
	경피적 방광 수술	L052	2
	경요도 방광 수술	L053	1
206.전립선 수술	전립선 수술	L060	2
207.요도 수술	주요 요도 수술	L071	1
	요도경하 요도 수술	L072	1
	기타 요도 수술	L073	1
	복잡 요실금 수술	L074	1
	단순 요실금 수술	L075	1
208.요로 결석 수술	복강경을 이용한 요로 결석 수술	L081	4
	신장, 신우 및 요관 결석 수술	L082	4
	경요도적 요관 결석 수술	L083	2
	방광 및 요도 결석 수술	L084	4
	연성내시경하 수술	L085	2

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
209.요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 복잡	L091	1
	요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술, 단순	L092	1
210.신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	L101	3
	신장 및 비뇨기 질환의 시험적 거치술	L102	1
211.요로 질환 수술	경요도 요로 질환 수술	L111	1
	외상 및 감염성 요로 질환수술	L112	1
212.기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	L120	2
213.기타 신장 및 비뇨기계 시술	혈액투석을 위한 단락 또는 동정맥루 조성술	L131	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 복잡	L132	2
	혈액투석 동정맥루의 경피적 수술, 단순	L133	2
	기타 신장 및 비뇨기계 시술	L134	1
214.방광요도 경 시술	방광요도경 시술	L510	1
215.신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	L520	1
216.신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	L530	1
217.남성 골반 수술	남성 골반 수술	M010	1
218.전립선 적출술	주요 전립선 적출술	M021	4
	기타 전립선 적출술	M022	3
219.기타 전립선 수술	기타 전립선 수술	M030	1
220.음경 수술	복잡 음경 수술	M041	1
	단순 음경 수술	M042	1
	페이로니 병 수술	M043	1
221.포경수술	포경수술	M050	1
222.요도 수술	주요 요도 수술	M061	1
	단순 요도 수술	M062	1
223.음낭 수술	복잡 음낭 수술	M071	1
	단순 음낭 수술	M072	1
224.고환 수술	복강경을 이용한 복잡 고환 수술	M081	4
	개복에 의한 복잡 고환 수술	M082	4
	단순 고환 수술	M083	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
225. 기타 고환 수술 및 생식기 적출술	복강경을 이용한 정계정맥류	M091	4
	개복에 의한 정계정맥류	M092	4
	고환 및 생식기 적출술	M093	6
226. 기타 남성생식기계 시술	기타 남성생식기계 시술(악성종양의 경우)	M101	4
	기타 남성생식기계 시술(악성종양 제외)	M102	1
227. 방광요도경 시술	방광요도경 시술	M500	1
228. 자궁 수술 (악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011	6
	개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012	6
229. 주요 자궁절제술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021	2
	개복에 의한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N022	2
230. 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N031	2
	개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양 제외)	N032	2
231. 난소 및 부속기 수술 (악성종양의 경우)	복강경을 이용한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N041	6
	개복에 의한 난소 및 부속기 수술(악성종양의 경우)	N042	6
232. 난소 수술 (악성종양 제외)	복강경을 이용한 난소 수술(악성종양 제외)	N051	2
	개복에 의한 난소 수술(악성종양 제외)	N052	2
233. 부속기 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 부속기 수술(악성종양 제외)	N061	2
	개복에 의한 부속기 수술(악성종양 제외)	N062	2
234. 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N071	5
	개복에 의한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양의 경우)	N072	5
235. 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081	1
	자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082	1

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
236. 기타 골반 수술	복강경을 이용한 기타 골반 수술	N091	1
	개복에 의한 기타 골반 수술	N092	1
237. 주요 여성생식기계 복원술	복강경을 이용한 주요 여성생식기계 복원술	N101	1
	개복에 의한 주요 여성생식기계 복원술	N102	1
238. 기타 여성생식기계 복원술	기타 여성생식기계 복원술	N110	1
239. 복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	복강경 수술	N121	1
240. 자궁경 수술	자궁경 수술	N130	1
241. 자궁소파술	치료적 자궁소파술	N141	1
242. 기타 여성생식기계 수술	복강경을 이용한 기타 여성생식기계 수술	N161	1
	개복에 의한 기타 여성생식기계 수술	N162	1
243. 여성생식기계 경피적 혈관 수술	여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180	2
244. 제왕절개 분만(단태아)	일반 제왕절개분만(단태아)	0011	1
	고위험 제왕절개분만(단태아)	0012	1
	질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	0013	1
245. 제왕절개 분만(다태아)	질식분만 시도 후 제왕절개분만(다태아)	0022	1
	일반 제왕절개분만(다태아)	0023	1
	고위험 제왕절개분만(다태아)	0024	1
	복강경을 이용한 자궁외 임신 주요 수술	0081	4
246. 자궁외 임신 주요 수술	개복에 의한 자궁외 임신 주요 수술	0082	4
	복강경을 이용한 자궁외 임신 기타 수술	0091	4
247. 자궁외 임신 기타 수술	개복에 의한 자궁외 임신 기타 수술	0092	4
	치료적 자궁경관봉쇄술	0102	1
248. 자궁경관 봉쇄술			

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
249. 분만 및 유산 후 관련장애(수술 시행)	분만 및 유산후 관련 장애(수술 시행)	0110	1
250. 자궁소파술 및 흡인소파술	자궁소파술 및 흡인소파술	0120	1
251. 분만 및 유산 관련 자궁적출술	분만 및 유산 관련 자궁적출술	0130	2
252. 비장 절제술	성인의복강경용이이용한비장 절제술	Q012	4
	성인의개복에의한비장절제술	Q013	4
253. 림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	림프종 및 백혈병(주요 수술 시행)	R010	4
254. 기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	기타 신생물 질환(주요 수술 시행)	R020	4
255. 다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	W010	7
256. 다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	W020	5
257. 다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	W030	5
258. 다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	W040	4
259. 하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	하지 손상의 미세혈관 조직이식	X011	3
	하지 손상의 국소 피판 및 피부이식	X012	2
260. 수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	수부 손상의 미세혈관 조직이식	X021	3
	수부 손상의 국소 피판 및 피부이식	X022	2

수술구분	수술명	수술 코드	수술 종류
261. 기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030	3
262. 하지 손상의 기타 수술	하지 손상의 골 및 관절 수술	X041	2
	하지 손상의 기타 수술	X042	1
263. 수부 손상의 기타 수술	수부 손상의 골 및 관절 수술	X051	2
	수부 손상의 기타 수술	X052	1
264. 기타 손상의 수술	기타 손상의 수술	X060	1
265. 중증 화상 (피부 이식 동반)	중증 화상(피부 이식 동반)	Y010	5
266. 중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상을 동반)	중등도 화상(피부이식 혹은 흡입손상 동반)	Y020	2

주1) 상기의 「수술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 「진단명기준환자군(Diagnosis Related Group, DRG)」분류체계 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

주2) 이 특별약관은 「진단명기준환자군(DRG)」에서 분류된 「ADRG」중 다음의 「ADRG」는 보장하지 않습니다.

① 「ADRG」에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60” ~ “99”에 해당하는 경우 (예시) 「ADRG」가 “B601”의 경우 첫번째 자리 [알파벳(B)]을 제외하고 2,3 번째 자리에 해당하는 숫자가 “60”이므로 이 보장하지 않습니다.

② 「진단명기준환자군(DRG)」에서 규정한 “Error DRG” 및 “960 DRG”

- Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ “Error DRG”이라 함은 “주진단 범주(MDC)”와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

【예시】

거미막하출혈로 진단받고 경피적심장판막성형술을 받은 경우는 주진단 범주(MDC)와 수술이 일치하지 않아 Error DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

- “960 DRG”이라 함은 “Error DRG”는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아

제외)를 뜻합니다. 다만, 통원일 또는 퇴원일을 기준으로 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 「수술코드」는 보장합니다.

③ <보장대상 수술코드 및 수술종류>에서 정한 수술에 해당하지 않는 사항

※ 이 특별약관에서 수술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전4.4(2021.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-72호, 2021.3.4.)에서 정의된 수가코드 및 제8차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG 코드 및 수가코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG 코드 및 수가코드, 분류번호에 준하여 수술코드 및 ADRG를 결정합니다.

무배당 2대질환수술비보장
특별약관2404(알뜰형)

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

가입자 유의사항

□ 보험종목

운영 구분	납입면제 구분	설명
1종 (해약환급금 미지급형(납 입후50%))	1형(보험료 납입면제 미적용형)	보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 해약환급금미지급형 비교상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 지급
	2형(보험료 납입면제형)	

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못하거나 보험료 납입면제를 적용받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 양보장개시일은 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

- 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.
- 계약의 해약환급금은 보험금 지급이나 계약체결/관리비용 지출 등으로 인하여 납입하신 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.
- 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」 보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우 아래의 금액을 해약환급금으로 합니다.

운영 구분	해약환급금
1종(해약환급금미지급형(납입후50%))	해약환급금미지급형 비교상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액

- 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))의 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 「해약환급금미지급형 비교상품」은 1종과 동일한 보장내용의 상품이며, 그 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))과 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제

로 판매하지 않는 상품입니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

○ 수술 관련 보장

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예 : 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 1) 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰]) : 해당사항 없음
- 2) 2형(보험료 납입면제형[알뜰])
 - 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유에 해당되고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 - ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
 - ② 피보험자가 「뇌졸중」, 「급성심근경색증」, 「말기폐질환」, 「말기간경화」 또는 「말기신부전증」으로 진단확정되었을 경우
 - ③ 상해로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상대가 되었을 경우
 - ④ 진단 확정된 질병으로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상대가 되었을 경우
 - 약관에 따라 보장보험료가 납입면제되는 경우에도 불구하고 일부 특별약관의 경우 보장보험료 납입면제가 제외되어 보장보험료를 납입하여야 합니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명을 포함함)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세 미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 「납입기일」 까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아

닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

8. 계약 전 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급 또는 보험료 납입면제 적용이 제한될 수 있습니다.
※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50%이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

○ 보험약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨

○ 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출 방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

○ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

무배당 2대질환수술비보장 특별약관2404(알뜰형)

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 2대질환수술비보장 특별약관2404(알뜰형)(이하 「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병 또는 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하 「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 소멸된 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
1형 (보험료 납입면제형[알뜰])	제25조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않는 계약을 말합니다.
2형 (보험료 납입면제형[알뜰])	제25조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)에 의하여 납입면제가 적용되는 계약을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

용어	정의
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
장해	【별표2(장해분류표)】에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국표준질병사인분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+): 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*) : 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

③ 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균 공시 이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균 공시이율은 2.75%입니다.
계약자 적립액	장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
해약 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

4] 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

5] 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 특별약관의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 특별약관의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제6조(보험금 지급사유 등의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 알게된 경우 또는 제25조(보험료의 납입면제)에서 정한 보험료 납입면제 사유의 발생을 알게된 경우에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50%이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- ① 소송제기
- ② 분쟁조정 신청
- ③ 수사기관의 조사
- ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유 조사의 확인이 지연되는

경우

- ⑥ 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정신청】

분쟁조정신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.

④ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실을 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이 외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제12조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기

관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년 내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

- ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 사실로 알지 못하였을 때
- ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
- ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
- ④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를

판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)

⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때, 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하거나, 보험료 납입면제를 적용합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급 또는 보험료 납입면제를 거절하지 않습니다.

⑦ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제15조(사기에 의한 계약)

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부

터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

③ 보험료 납입이 면제된 경우 제2항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

① 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며

이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한

경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

제18조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

- ① 서면교부
- ② 우편 또는 전자우편
- ③ 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

【약관의 중요한 내용에서】

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때

계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

"전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

- 가. 서명자의 신원
- 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

- ① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
- ② 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

제19조(계약의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로

하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

- ② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- ③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제20조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험

증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 1종(해약환급금 미지급형(납입후50%))의 경우 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경 및 보험가입금액의 증액은 신청할 수 없습니다.

- ① 보험기간
- ② 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
- ③ 계약자, 피보험자
- ④ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑤ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제19조(계약의 무효) 제1항 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

생년월일 : 1988년 10월 2일
 현재(계약일) : 2023년 4월 14일
 ⇒ 2023년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
 = 34년 6월 12일 = 35세

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일
→ 계약해당일 : 10월 1일

예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일
→ 계약해당일 : 2월 말일

이 특별약관의 소멸사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

① 회사는 계약의 청약에 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공할 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 제14조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발

생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

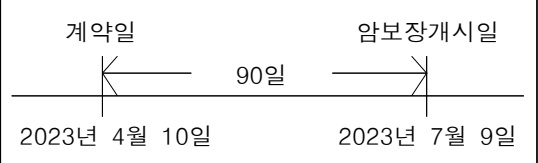
계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을
말합니다.

① 회사는 2형(보험료 납입면제형[알뜰])을 가입한 피보험자가 보험료 납입기간 중 다음 중 어느 하나의 사유가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보장 보험료의 납입을 면제합니다.

- ① 피보험자가 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정되었을 경우
- ② 피보험자가 「뇌졸중」, 「급성심근경색증」, 「말기폐질환」, 「말기간경화」 또는 「말기신부전증」으로 진단확정 되었을 경우
- ③ 피보험자가 상해로 **【별표2(장해분류표)】**에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ④ 피보험자가 진단 확정된 질병으로 **【별표2(장해분류표)】**에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

② 제1항 제1호의 암보장개시일이라 함은 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 계약일로 합니다.(이하 「암보장개시일」이라 합니다)



③ 제1항부터 제2항까지의 규정에도 불구하고 보장보험료의 납입이 연체되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 해지될 수 있습니다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에도 불구하고 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

① 제25조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에도 불구하고 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 「암(유사암제외)」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어

제25조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 회사는 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일부터 암보장개시일 전일 이전에 「암(유사암제외)」으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 「암(유사암제외)」으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제25조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항의 「암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」 이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

③ 제30조(보험료의 납입을 면제하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제1항의 청약일로 하여 적용합니다.

④ 제25조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호 및 제4호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제25조(보험료의 납입면제) 제1항의 보험료의 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 장해지급률을 합산하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 이미 이 계약에서 보험료의 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험료의 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제9항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

⑪ 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제25조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호 또는 제4호의 후유장해가 발생한 때에는 제25조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험료의 납입을 면제합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

⑫ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 상해 관련 후유장해가 발생한 때에는 제25조(보험료의 납입면제) 제1항에서 정한 보험료 납입면제 사유에서 제외됩니다.

① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 납입면제 사유가 발생한 경우에는 납입면제 하여 드립니다)

③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제27조(암(유사암제외), 뇌종종, 급성심근경색증, 말기폐질환, 말기간경화, 말기신부전증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「암(유사암제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표3(악성신생물(암) 분류표)】 참조) 중 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

② 「암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하

며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암(유사암제외)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

④ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑤ 이 특별약관에 있어 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병으로 【별표6(뇌졸중대상질병 분류표)】에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

⑥ 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌졸중」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기

록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 이 특별약관에 있어서 「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병으로 【별표7(급성심근경색증대상질병 분류표)】에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

⑧ 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「급성심근경색증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑨ 이 계약에서 「말기폐질환」이라 함은 【별표8(말기폐질환)】에서 정한 「말기폐질환」을 말합니다.

⑩ 이 계약에서 「말기간경화」라 함은 【별표9(말기간경화)】에서 정한 「말기간경화」를 말합니다.

⑪ 이 계약에서 「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성신장병(제8차 한국표준질병사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 않습니다.

⑫ 「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외함) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제28조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험 상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간까지 연체 보험료를 납입하여야 한다는 내용

② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립), 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행관원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의1(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사실이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에

게 지급합니다.

- ⑤ 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성 원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제33조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 - ① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - ② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【예시】

입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제34조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. “1”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는

「해약환급금미지급형 비교상품」은 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))과 동일한 보장내용의 상품이며, 그 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

3. 1종(해약환급금미지급형(납입후50%))의 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 지급하지 않습니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우의 해약환급금은 「해약환급금미지급형 비교상품」 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.

【1종(해약환급금미지급형(납입후50%))해약환급금 예시】

1종(해약환급금미지급형(납입후50%))을 100세만기 20년납으로 2023년 4월 1일 계약체결시 2043년 3월 31일까지 보험료 납입기간 중 해지하는 경우에는 해약환급금이 없습니다.

4. 회사는 1종(해약환급금미지급형(납입후50%)) 계약을 체결할 때 「해약환급금미지급형 비교상품」의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다. 다만, 「해약환급금미지급형 비교상품」은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않는 상품입니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제32조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제36조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금, 적립부분 해약환급금 전액 인출 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제38조(분쟁의 조정)

① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제39조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제40조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2023년 4월 1일에 발생하였음에도 2026년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제41조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해

적하지 않습니다.

제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제43조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

- ① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
- ② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
- ③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
- ④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리

점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

사회통념상 일반 보통인이자라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제45조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제47조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 5천만원까지(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 5천만원까지 보호됩니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

본 보험회사가 예금등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 별도로 최고 5천만원까지 보호합니다.(단, 연금저축보험은 다른 예금보호 대상 금융상품과는 별도로 1인당 최고 5천만원까지 보호)

제2절 보장조항

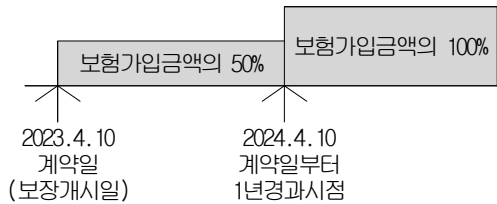
1. 뇌혈관질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」으로 진단확정되고 그 「뇌혈관질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
뇌혈관질환 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【뇌혈관질환수술비[예시]】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한 국표준질병사인분류에 있어서 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로 【별표4(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌혈관질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과,

진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제25조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

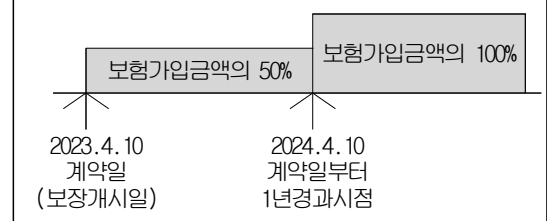
2. 허혈성심장질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 그 「허혈성심장질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 보험수익자에게 수술 1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환수술비로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
허혈성심장질환 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【허혈성심장질환수술비(예시)】



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로 **【별표5(허혈성심장질환 분류표)】**에서 정한 질병을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「허혈성심장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로

로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
 - ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 - ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
 - ④ 미용성형 목적의 수술
 - ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제25조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

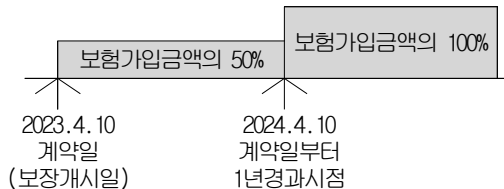
3. 뇌혈관질환수술비(25%체증형)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「뇌혈관질환」으로 진단확정되고 그 「뇌혈관질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술회차에 따라 아래에서 정한 보험가입금액을 뇌혈관질환수술비(25%체증형)로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
뇌혈관질환 1회차 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
뇌혈관질환 2회차 수술시	보험가입금액의 62.5%	보험가입금액의 125%
뇌혈관질환 3회차 수술시	보험가입금액의 75%	보험가입금액의 150%
뇌혈관질환 4회차 수술시	보험가입금액의 87.5%	보험가입금액의 175%
뇌혈관질환 5회차 수술 이후	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 200%

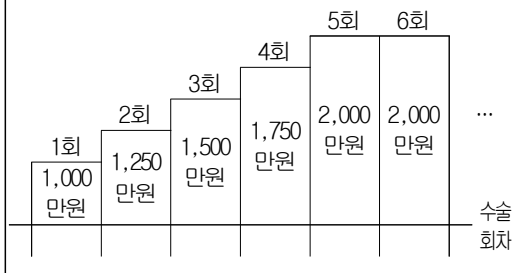
【뇌혈관질환수술비(25%체증형)【예시】】



【지급대상금액【예시】】

보험가입금액 1,000만원 가입시(계약일부터 1년경과시점 이후)

- * 1회차 수술시 : 1,000만원
- * 2회차 수술시 : 1,250만원 = 1,000만원 × 125%
- * 3회차 수술시 : 1,500만원 = 1,000만원 × 150%
- * 4회차 수술시 : 1,750만원 = 1,000만원 × 175%
- * 5회차 수술시 : 2,000만원 = 1,000만원 × 200%
- * 6회차 수술 이후 : 2,000만원 = 1,000만원 × 200%



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어 「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로 【별표4(뇌혈관질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌혈관질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가 위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 - ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
 - ④ 미용성형 목적의 수술
 - ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제25조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

4. 허혈성심장질환수술비(25%체증형)

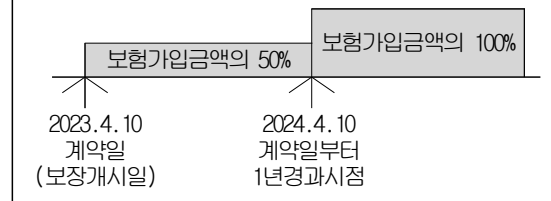
보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 그 「허혈성심장질환」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 보험수익자에게 수술 회차에 따라 아래에서 정한 보험가입금액을 허혈성심장질환수술비(25%체증형)로 지급합니다. 다만, 아래의 「계약일부터 1년경과시점」이라 함은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	계약일부터 1년경과시점 전일 이전	계약일부터 1년경과시점 이후
허혈성심장질환 1회차 수술시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
허혈성심장질환 2회차 수술시	보험가입금액의 62.5%	보험가입금액의 125%
허혈성심장질환 3회차 수술시	보험가입금액의 75%	보험가입금액의 150%
허혈성심장질환 4회차 수술시	보험가입금액의 87.5%	보험가입금액의 175%
허혈성심장질환 5회차 수술 이후	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 200%

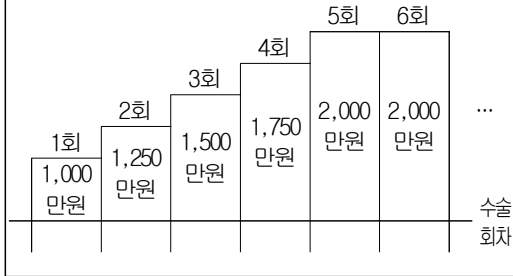
【허혈성심장질환수술비(25%체증형)[예시]】



【지급대상금액(예시)】

보험가입금액 1,000만원 가입시(계약일부터 1년경과시점 이후)

- * 1회차 수술시 : 1,000만원
- * 2회차 수술시 : 1,250만원 = 1,000만원 × 125%
- * 3회차 수술시 : 1,500만원 = 1,000만원 × 150%
- * 4회차 수술시 : 1,750만원 = 1,000만원 × 175%
- * 5회차 수술시 : 2,000만원 = 1,000만원 × 200%
- * 6회차 수술 이후 : 2,000만원 = 1,000만원 × 200%



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로 【별표5(허혈성심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「허혈성심장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 수술도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

- ① 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
- ② 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액조작을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
- ③ 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)
- ④ 미용성형 목적의 수술
- ⑤ 피임(避妊)목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임목적의 수술
- ⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
- ⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 창상봉합술(단, 변연절제술을 포함한 창상봉합술은 보상)
- 절개 또는 배농술
- 도관삽입술
- 전기소작술 또는 냉동응고술, 고주파열응고술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 치수절제술 등, 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약 환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 1형(보험료 납입면제 미적용형[알뜰])으로 가입한 경우 제25조(보험료의 납입면제) 및 제26조(납입면제에 관한 세부규정)은 제외합니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제1절 일반조항 제8조 제5항
및 제35조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금 (특별약관 제1절 일반조항 제3조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이 율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이 율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이 율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이 율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금 (특별약관 제1절 일반조항 제35조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이 율

- 주) 1 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

장애분류표

1 총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”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 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장애 회복할 가망이 없는 상태에서 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 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 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 흉복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계

에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.

- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항상 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것)여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

2 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우

가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.

- 4) “한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때”라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.

※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상 태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식 별할 수 있을 정도의 시력상태

주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상후 1년 이상이 지난 뒤에 그 장애 정도를 평가한다.

- 6) “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애”라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우

나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보 이거나 겹쳐 보임)을 남긴 경우

- 7) “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.

- 8) “뚜렷한 시야 장애”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.

- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자 위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.

- 10) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.

- 12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여

장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습) 장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 컷바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
- “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 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 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 컷바퀴의 결손

- “컷바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 컷바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말한다.
- 컷바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- 1) “평형기능에 장애를 남긴 때”라 함은 전정 기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란 하거나 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 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- 1) “코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) “코의 후각기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.

- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.

- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간 의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구(입을 벌임)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 심한 개구(입을 벌임)운동 제한이나 저작(씹기)운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구(입을 벌임)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌임)운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생

- 하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 약간의 개구(입을 벌림)운동 제한 또는 약간의 저작(씹기)운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌림)운동이 2cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구(입을 벌림)장애는 턱관절의 이상으로 개구(입을 벌림)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구(입을 벌림)상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.

- 12) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애”라 함은 성형수술(반흔(흉터)성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
- 3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
- 4) 다발성 반흔(흉터) 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔(흉터)의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔(흉터)은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/20이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 가) 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/40이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40㎢, 1/4 크기는 20㎢), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24㎢, 1/4 크기는 12㎢), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12㎢, 1/4 크기는 6㎢)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.

- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상하부[인접 상하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 다) 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관련도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

- 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 척추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상) 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) “추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신

경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우

- 13) “추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

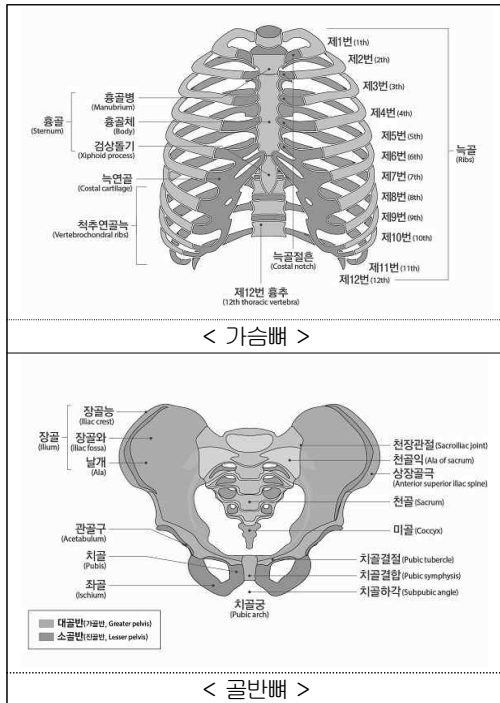
7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사를 통해 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) “빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장

해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.

- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

- 7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우

- 8) “관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “1등급(trace)”인 경우

- 9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

- 10) “관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

- 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) “가관절^{*)}이 남아 뚜렷한 장애를 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 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때

- 에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 다리의 관절기능 장해 평가는 다리의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
- 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
- 나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 완전 강직(관절굳음)
- 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
- 8) “관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
- 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “1등급(trace)”인 경우
- 9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의

- 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) “관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) “가관절^{*)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 13) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.
- 2) 1하지(다리)와 발가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나 마다)	10

4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나 마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 골신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 골신(굽히고 펴기)운동영역을 더하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 골신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절

[illegible]

장해의 분류	지급률
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한발의 5개발가락 모두의 발가락 뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

장애의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애의 판정기준

- 1) “심장 기능을 잃었을 때”라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의 료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 체장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 체장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의

장애를 남긴 때’라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

- 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
- 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구협착으로 성생활이 불가능한 때
- 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 “<붙임>

- 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.
- 마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) “정신행동에 극심한 장해를 남긴 때”라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) “정신행동에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) “정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준”^{주)} 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
- ※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
- 바) “정신행동에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) “정신행동에 경미한 장해를 남긴 때”라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과와 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
- 타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- 파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

- 가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또

는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

- 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
- 다) 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- 나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- 다) “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

구 분	제한정도에 따른 지급률
이 동 동 작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
	- 입으로 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브(바위관 또는 위루관)나 경장맥 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%)
음 식 물 섭 취	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 정루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있을 때 (5%)
	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
배 변 배 뇨	
목 욕	

웃 입 고 벗 기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%)
	- 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%)
	- 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 나머지는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

【별표3】

악성신생물(암) 분류표

1. 약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30-C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40-C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43-C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45-C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성 신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성 신생물	C60-C63
10. 요로의 악성 신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69-C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73-C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76-C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	C81-C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수성유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분

류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】

뇌혈관질환 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내출혈	162
4. 뇌경색증	163
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	164
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
8. 기타 뇌혈관 질환	167
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	168
10. 뇌혈관 질환의 후유증	169

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】

허혈성심장질환 분류표

1. 약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속 심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈성심장질환	I24
6. 만성허혈성심장병	I25

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】

뇌졸중대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 뇌졸중대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표7】

급성심근경색증대상질병 분류표

1. 약관에 규정하는 급성심근경색증대상질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 질병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표8】

말기폐질환(End Stage Lung Disease)

1. 말기 폐질환이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보아야 합니다.

- 가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
- 나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하

2. 약관에 규정하는 말기 폐질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(KCD :통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00-P96)은 포함되지 않습니다.

대 상 질 병	분류번호
인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성하부호흡기질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
흉막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99
- 수두폐렴(J17.1*)	B01.2†
- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2†
- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0†
- 폐독소포자충증(J17.3*)	B58.3†
- 류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1†

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

4. 위의 1 ~ 3에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.

(예) ① 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이나 2에서 정한 대상질병 이외의 원인으로 인한 경우

- ② 2에서 정한 질병에 해당하지만 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이지 않는 경우

5. 말기 폐질환의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 말기 폐질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

【별표9】

말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis)

1. 말기간경화라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한가지 이상의 원인이 됩니다.

- ① 통제가 불가능한 복수증
- ② 영구적인 황달
- ③ 위나 식도벽의 정맥류
- ④ 간성 뇌증

2. 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.

3. 말기 간경화의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope LiverScan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 말기 간경화의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

무배당 갱신형 산정특례 진단비보장
특별약관2404(기본가입형)

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 양보장개시일은 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 부활(효력회복)계약의 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상보장개시일은 보험계약일을 기준으로 부활(효력회복)일을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신헌 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

○ 갱신헌 보장

- 자동갱신 적용대상 특별약관의 보험기간은 10년만기 또는 20년만기(단, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 10년 또는 20년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초가입 후 10년 또는 20년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【자동갱신 적용대상특약의 보험기간(예시)】

22세 피보험자가 갱신종료보험나이를 80세로 하여 10년만기 갱신헌 보장을 가입하는 경우

	10년		10년	...	10년	10년	8년	
갱신시점의 보험나이	22세	32세	42세	...	52세	62세	72세	80세

- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 위험률의 변동 등)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신헌 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 보장

- 계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 계약일부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암진단일이 계약일부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

○ 질병 관련 보장

- 약관에 따라 보험금 지급사유 발생일이 계약일부터 일정기간(예: 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(OD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음

성낙음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

8. 계약 전 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려시켜야 합니다.

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

○ 약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨

○ 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출 방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

○ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

**무배당 갱신형 산정특례 진단비보장
특별약관2404(기본가입형)**

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 갱신형 산정특례 진단비보장 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병 및 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하 「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험 수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강 진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

용어	정의
한국표준질병사인분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+): 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*): 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

③ 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균 공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.75%입니다.
계약자 적립액	장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
해약 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원 × 10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원 × 10%) = 121원

④ 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 계약의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 계약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제

3조(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, 공공도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

이 계약의 보험금의 청구는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- ① 소송제기
- ② 분쟁조정 신청
- ③ 수사기관의 조사
- ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
- ⑥ 제2절 보장조항의 각 보험금 지급에 관한 세부규정에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우

에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.

④ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 지급보험금으로 지급합니다.

【가 지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제12조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

- ① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 3) 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】

- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분 등에 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

- ② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
- ③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
- ④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자는 제외합니다.)

차는 제외합니다.)

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제21조(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 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 「정산금액」 이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

【위험변경시 해약환급금 정산】

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 해약환급금미지급형의 경우에도 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 「변경전 요율」 이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 「변경후 요율」 이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

【비례보상 예시】

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1급 → 2급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경 전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우

· 상해사망 가입금액 : 1억원

· 상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5

⇒ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원 × (0.3 ÷ 0.5) = 6천만원

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경 후 요율이 변경 전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

【중대한 과실】

주의의무의 위반이 현저한 과실, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조치 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

- ① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
- ② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

- ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 사실로 알지 못하였을 때
- ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
- ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
- ④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
- ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때, 다만, 보험설계사 등의 행

위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑧ 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복) 계약을 최초계약으로 봅니다)

제16조(사기에 의한 계약)

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 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.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제17조(보험계약의 성립)

① 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승

낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부과하는 방법을 말합니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」 이라 함은 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험 계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등' 이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

① 서면교부

② 우편 또는 전자우편

③ 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

【약관의 중요한 내용에서】

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

"전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

- 가. 서명자의 신원
- 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

- ① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
- ② 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자

의 법정상속인인 계약일 경우

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제20조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- ② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- ③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람

이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것

3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제21조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ① 보험종목
- ② 보험기간
- ③ 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
- ④ 계약자, 피보험자
- ⑤ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경된 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제22조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일

현재(계약일) : 2023년 4월 14일

⇒ 2023년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
= 34년 6월 12일 = 35세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일
→ 계약해당일 : 10월 1일

예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일
→ 계약해당일 : 2월 말일

제23조(특별약관의 소멸)

이 계약의 특별약관의 소멸사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제24조(특별약관의 자동갱신)

① 이 특별약관의 보험기간은 보험증권에 기재된 보험기간으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

② 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하 「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

제25조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.
- ② 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제26조(자동갱신 적용)

- ① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며, 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정된 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.
- ② 회사는 제24조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

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. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 제24조(특별약관의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우 갱신보장계약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

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.

제28조의1(보험료의 납입연체에 관한사항)

주계약의 보장보험료의 납입이 연체된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 연체하지 않습니다.

제29조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제37조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 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 회사

는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제31조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급

금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

④ 부활(효력회복)시 부활(효력회복)일을 최초계약일로 하여 제2절 보장조항에서 정한 암보장개시일, 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상보장개시일을 적용합니다.

제32조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권

을 실행하는 것을 말합니다.

3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제33조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제20조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조의1(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위 반사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제36조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제34조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
- ① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
- ② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【예시】

입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제35조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제36조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제36조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제33조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제37조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 제30조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제38조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제39조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제40조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제41조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2023년 4월 1일에 발생하였음에도 2026년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제42조(약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

- ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제43조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제44조(법령 등의 개정 등에 따른 계약내용의 변경)

- ① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
- ① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
 - ② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
 - ③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요 없어지는 경우
 - ④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내

용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제2항 부터 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 계약은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 계약의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제45조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제46조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제47조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관

에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제48조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 5천만원까지(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 5천만원까지 보호됩니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

본 보험회사가 예금등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 별도로 최고 5천만원까지 보호합니다.(단, 연금저축보험은 다른 예금보호 대상 금융상품과는 별도로 1인당 최고 5천만원까지 보호)

제2절 보장조항

2-1. 갱신형 통합 산정특례 진단비보장 특별약관

제1조(보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 13개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

① 암 산정특례관련 질병 진단비(특정소액암)
② 암 산정특례관련 질병 진단비(특정소화기암)
③ 암 산정특례관련 질병 진단비(15대특정암)
④ 암 산정특례관련 질병 진단비(10대특정암)
⑤ 암 산정특례관련 질병 진단비(4대고액암)
⑥ 암 산정특례관련 질병 진단비(유사암)
⑦ 암 산정특례관련 질병 진단비(양성뇌종양)
⑧ 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비
⑨ 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 진단비
⑩ 중증화상환자 산정특례대상 진단비
⑪ 희귀질환자 산정특례대상 진단비
⑫ 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 진단비
⑬ 결핵질환자 산정특례대상 진단비

제2조(보험금의 지급사유 등)

이 특별약관의 보험금의 지급사유 등은 제3조(세부보장에 관한 사항)에서 정합니다.

제3조(세부보장에 관한 사항)

① 암 산정특례관련 질병 진단비(특정소액암)
② 암 산정특례관련 질병 진단비(특정소화기암)
③ 암 산정특례관련 질병 진단비(15대특정암)
④ 암 산정특례관련 질병 진단비(10대특정암)
⑤ 암 산정특례관련 질병 진단비(4대고액암)

1.(보험금의 지급사유)

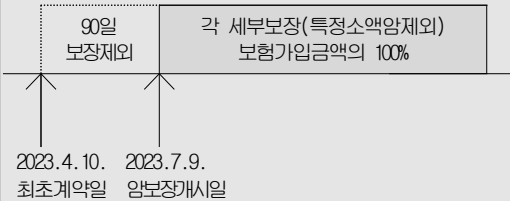
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 「암 산정특례 관련 질병[암(유사암제외)]」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 「암 산정특례 관련 질병[암(유사암제외)]」 구분에 따라 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 암 산정특례관련 질병 진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
특정소액암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	특정소액암보장 보험가입금액의 50%	특정소액암보장 보험가입금액의 100%
특정소화기암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	특정소화기암보장 보험가입금액의 100%	
15대특정암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	15대특정암보장 보험가입금액의 100%	
10대특정암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	10대특정암보장 보험가입금액의 100%	
4대고액암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	4대고액암보장 보험가입금액의 100%	

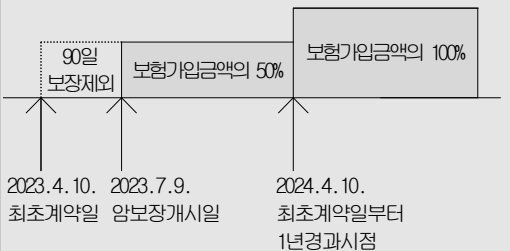
【암 산정특례관련 질병 진단비[예시]】

(단, 암보장개시일은 보험나이 15세 이상인 경우만 해당)

<특정소화기암, 15대특정암, 10대특정암, 4대고액암>



<특정소액암>



【보험금 지급예시】



※ 설명

- ① : 진단확정일자를 기준으로 2023.10.1.에 진단확정된 특정소액암은 최초계약일로부터 1년경과시점 전일 이전에 진단된 것으로, 특정소액암보장 가입금액의 50%를 보험금으로 지급하고 해당 특정소액암 보장 소멸
- ② : 2024.8.1.에 진단확정된 15대특정암은 15대특정암 보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 15대특정암 보장 소멸
- ③ : 보험금 미지급
(이미 2023.10.1.에 특정소액암 보장은 소멸되었으므로, 2024.12.15. 진단확정된 특정소액암 보험금 미지급)
- ④ : 2026.1.10.에 진단확정된 4대고액암은 4대고액암보장 가입금액의 100%를 보험금으로 지급하고 해당 4대고액암 보장 소멸

※ 위의 예시에서 소멸된 보장 「특정소액암, 15대특정암, 4대고액암」, 유지되는 보장 「특정소화기암, 10대특정암」

② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제24조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암 산정특례관련 질병 진단비로 지급합니다. 단, 제1항에 따라 암 산정특례관련 질병 진단비가 이미 지급된 암 산정특례관련 질병[암(유사암제외)]구분에 대하여는 보상하지 않습니다.

구 분	지급금액
특정소액암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	특정소액암보장 보험가입금액의 100%
특정소화기암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	특정소화기암보장 보험가입금액의 100%
15대특정암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	15대특정암보장 보험가입금액의 100%
10대특정암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	10대특정암보장 보험가입금액의 100%
4대고액암 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	4대고액암보장 보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암 산정특례 관련 질병[암(유사암제외)]」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 암 산정특례관련 질병 진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에

따라 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 암 산정특례관련 질병 진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

④ 이 특별약관에서 암보장개시일이라 함은 최초계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우에는 최초계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 15세 미만인 경우에는 최초계약일로 합니다. 다만, 제1절 일반조항 제24조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우에는 이 특별약관의 갱신일을 암보장개시일로 합니다.

【암보장개시일[예시]] (단, 보험나이 15세 이상인 경우)



2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3.(암 산정특례 관련 질병[암(유사암제외)]의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암 산정특례 관련 질병[암(유사암제외)]」이라 함은 「특정소액암」, 「특정소화기암」, 「15대특정암」, 「10대특정암」, 「4대고액암」을 총칭합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태. Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「특정소액암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 피부의 악성 흑색종, 유방의 악성 신생물, 자궁경부의 악성 신생물, 자궁체부의 악성 신생물, 전립선의 악성 신생물, 고환의 악성 신생물, 신우의 악성 신생물, 요관의 악성 신생물, 방광의 악성 신생물, 진성 적혈구증가증으로 분류되는 질병(【별표2(암 산정특례관련 질병 분류표)의 특정소액암】 참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「특정소화기암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 위의 악성 신생물, 결장의 악성 신생물, 직장구불결장접합부의 악성 신생물, 직장의 악성 신생물, 항문 및 항문관의 악성 신생물, 간 및 간내담관의 악성 신생물, 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물로 분류되는 질병(【별표2(암 산정특례관련 질병 분류표)의 특정소화기암】 참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「15대특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물, 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물, 중피성 및 연조직의 악성 신생물, 여성생식기관의 악성 신생물, 남성생식기관의 악성 신생물, 요로의 악성 신생물, 눈 및

부속기의 악성 신생물, 부신 및 기타 내분비선의 악성 신생물, 기타 및 부위불명의 악성 신생물, 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물, 골수형성이상증후군, 만성 골수증식질환, 본태성(출혈성) 혈소판혈증, 골수섬유증, 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물로 분류되는 질병(【별표2(암 산정특례관련 질병 분류표)의 15대특정암】 참조)을 말합니다.

㉔ 제4항에도 불구하고 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

㉕ 이 특별약관에서 「10대특정암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 식도의 악성 신생물, 소장외의 악성 신생물, 기관의 악성 신생물, 흉선의 악성 신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물, 중피종, 카포시육종, 후복막 및 복막의 악성 신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성 신생물 및 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표2(암 산정특례관련 질병 분류표)의 10대특정암】 참조)을 말합니다.

㉖ 이 특별약관에서 「4대고액암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 담낭의 악성 신생물, 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물, 췌장의 악성 신생물, 골 및 관절연골의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표2(암 산정특례관련 질병 분류표)의 4대고액암】 참조)을 말합니다.

㉗ 「암 산정특례 관련 질병[암(유사암제외)]」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암 산정특례 관련 질병[암(유사암제외)]」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암 산정특례 관련 질병[암(유사암제외)]」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

㉘ 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 산정특례 관련 질병[암(유사암제외)]」으로 진단

또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

4.(보장의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 암보장개시일의 전일 이전에 「암 산정특례 관련 질병[암(유사암제외)]」으로 진단확정되는 경우에는 보장을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 보장이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

5.(보장의 소멸)

1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「특정소액암」, 「특정소화기암」, 「15대특정암」, 「10대특정암」 또는 「4대고액암」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

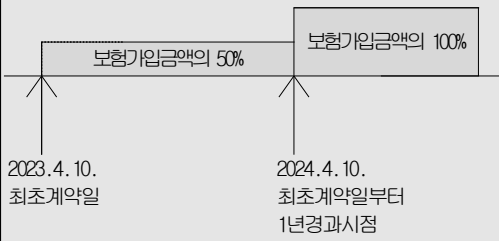
⑥ 암 산정특례관련 질병 진단비(유사암)

1.(보험금의 지급사유)

㉑ 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「암 산정특례 관련 질병[유사암]」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 암 산정특례관련 질병 진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시(단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【암 산정특례관련 질병 진단비(예시)】
<제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암>



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제24조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암 산정특례관련 질병 진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액
제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암 진단시 (단, 각각 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 「암 산정특례 관련 질병[유사암]」은 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하며, 「암 산정특례 관련 질병[유사암]」이 하나의 질병에 의해 각각 진단확정된 경우에는 하나의 진단비를 지급합니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 암 산정특례 관련 질병 진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 암 산정특례관련 질병 진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3.(암 산정특례 관련 질병[유사암]의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암 산정특례 관련 질병[유사암]」이라 함은 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」, 「갑상선암」을 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표2(암 산정특례관련 질병 분류표)의 제자리암】참조)을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(암 산정특례관련 질병 분류표)의 기타피부암】참조)을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국

표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표2(암 산정특례관련 질병 분류표)의 경계성종양】참조)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표2(암 산정특례관련 질병 분류표)의 갑상선암】참조)을 말합니다.

⑥ 「암 산정특례 관련 질병[유사암]」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세 비늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 「암 산정특례 관련 질병[유사암]」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 또한, 회사가 「암 산정특례 관련 질병[유사암]」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암 산정특례 관련 질병[유사암]」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시】

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

⑧ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

4.(보장의 소멸)

① 이 특별약관의 피보험자가 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 및 「갑상선암」으로 각각 진단받아 암 산정특례관련 질병 진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 보장은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장이 소멸되는 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

⑦ 암 산정특례관련 질병 진단비(양성뇌종양)

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「암 산정특례 관련 질병[양성뇌종양]」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 암 산정특례관련 질병 진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암 산정특례 관련 질병[양성뇌종양]」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항의 암 산정특례관련 질병 진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 암 산정특례관련 질병 진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3.(암 산정특례 관련 질병[양성뇌종양]의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암 산정특례 관련 질병[양성뇌종양]」이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 한국표준질병·사인분류 중 【별표2(암 산정특례관련 질병 분류표)의 양성뇌종양】에서 정한 질병을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형, 경계성종양은 보장에서 제외합니다.

② 「암 산정특례 관련 질병[양성뇌종양]」의 진단확정은 의료법 제3조에 따른 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라고 합니다)중 신경과, 신경외과 또는 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「양성뇌종양」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

4.(보장의 소멸)

① 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 암 산정특례관련 질병 진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 보장은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 보장이 소멸된 경우에는 회사는 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

⑧ 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비

⑨ 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 진단비

⑩ 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 진단비

⑪ 희귀질환자 산정특례대상 진단비

⑫ 결핵질환자 산정특례대상 진단비

⑬ 중증화상환자 산정특례대상 진단비

1.(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래 각 호의 지급사유가 발생한 경우 보험수익자에게 「통합질환 산정특례대상」 구분에 따라 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 통합질환 산정특례대상 진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

① 보험기간 중에 진단 확정된 질병 또는 상해로 인하여 3.(통합질환 산정특례대상의 정의)에서 정한 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」 및 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」으로 보험기간 중에 각각 등록된 경우

② 보험기간 중에 진단 확정된 질병 또는 상해로 인하여 3.(통합질환 산정특례대상의 정의)에서 정한 「중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상」으로 보험기간 중에 신규등록된 경우

③ 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 3.(통합질환 산정특례대상의 정의)에서 정한 「희귀질환자 산정특례대상」으로 보험기간 중에 신규등록된 경우

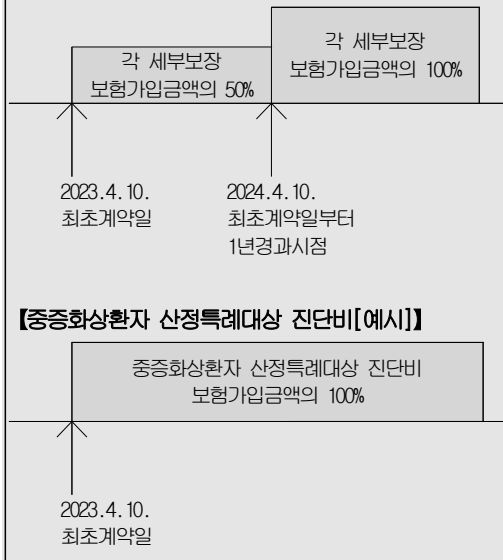
④ 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 3.(통합질환 산정특례대상의 정의)에서 정한 「결핵질환자 산정특례대상」으로 보험기간 중에 등록된 경우

⑤ 보험기간 중에 상해로 인하여 3.(통합질환 산정특례대상의 정의)에서 정한 「중증화상환자 산정특례대상」으로 보험기간 중에 신규등록된 경우

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
중증질환자 (뇌혈관질환) 산정특례대상 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	중증질환자 (뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비보장 보험가입금액의 50%	중증질환자 (뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비보장 보험가입금액의 100%
중증질환자 (심장질환) 산정특례대상 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	중증질환자(심장질환) 산정특례대상 진단비보장 보험가입금액의 50%	중증질환자(심장질환) 산정특례대상 진단비보장 보험가입금액의 100%
중증난치질환자 (중증치매제외) 산정특례대상 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	중증난치질환자 (중증치매제외) 산정특례대상 진단비보장 보험가입금액의 50%	중증난치질환자 (중증치매제외) 산정특례대상 진단비보장 보험가입금액의 100%
희귀질환자 산정특례대상 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	희귀질환자 산정특례대상 진단비보장 보험가입금액의 50%	희귀질환자 산정특례대상 진단비보장 보험가입금액의 100%
결핵질환자 산정특례대상 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	결핵질환자 산정특례대상 진단비보장 보험가입금액의 50%	결핵질환자 산정특례대상 진단비보장 보험가입금액의 100%
중증화상환자 산정특례대상 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	중증화상환자 산정특례대상 진단비보장 보험가입금액의 100%	

【통합질환 산정특례대상 진단비[예시]】

※ 단, 중증화상환자 산정특례대상 진단비는 제외됩니다.



② 제1항의 「통합질환 산정특례대상」 (「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」 및 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」 제외)일 경우, 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 질병 또는 상해의 진단확정일로 적용합니다.

③ 제1항 제1호 및 제2호에도 불구하고 상해로 인하여 제1항 제1호 및 제2호의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 최초계약일로부터 1년경과시점 전일이전에도 각각의 「통합질환 산정특례대상」 구분에 따른 보험가입금액의 100%를 제1항의 통합질환 산정특례대상 진단비로 지급합니다.

④ 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제24조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 보험수익자에게 「통합질환 산정특례대상」 구분에 따라 아래의 금액을 각각 최초 1회에 한하여 통합질환 산정특례대상 진단비로 지급합니다. 단, 제1항에 따라 통합질환 산정특례대상 진단비가 이미 지급된 「통합질환 산정특례대상」 구분에 대하여는 보상하지 않습니다.

구분	지급금액
중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비보장 보험가입금액의 100%
중증질환자(심장질환) 산정특례대상 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	중증질환자(심장질환) 산정특례대상 진단비보장 보험가입금액의 100%
중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 진단비보장 보험가입금액의 100%
희귀질환자 산정특례대상 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	희귀질환자 산정특례대상 진단비보장 보험가입금액의 100%
결핵질환자 산정특례대상 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	결핵질환자 산정특례대상 진단비보장 보험가입금액의 100%
중증화상환자 산정특례대상 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	중증화상환자 산정특례대상 진단비보장 보험가입금액의 100%

2.(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보험수익자가 1.(보험금의 지급사유)에 따라 「통합질환 산정특례대상」으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 1.(보험금의 지급사유)에도 불구하고 「희귀질환자 산정특례대상 중 선천질환」의 경우에는 보험기간 중에 신규등록된 경우 1회에 한하여 1.(보험금의 지급사유)에서

정한 금액을 지급하여 드립니다.

④ 재등록은 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않습니다.

【통합질환 산정특례 재등록】

※ 단, 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비, 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 진단비 및 결핵질환자 산정특례대상 진단비는 제외됩니다.

- 법령에서 정한 희귀질환자 산정특례기간(5년, 상세불명희귀질환은 1년) 및 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례기간(5년) 종료시점에 등록된 희귀질환 및 중증난치질환(중증치매제외)의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료중이며, 해당질환의 등록기준을 충족하는 경우에는 종료예정일 3개월 전부터 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.
- 법령에서 정한 중증화상 산정특례기간(1년) 종료 후 2년 이내에 중증화상의 수술을 받는 경우(V306 제외)에는 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.

3.(통합질환 산정특례대상의 정의)

① 이 특별약관에서 「통합질환 산정특례대상」이라 함은 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」, 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」, 「중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상」, 「희귀질환자 산정특례대상」, 「결핵질환자 산정특례대상」 및 「중증화상환자 산정특례대상」을 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」 및 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」이라 함은 【별표3(통합질환 산정특례대상 분류표)】에서 정한 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」 및 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」에 해당하는 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상」, 「희귀질환자 산정특례대상」, 「결핵질환자 산정특례대상」 및 「중증화상환자 산정특례대상」이라 함은 【별표3(통합질환 산정특례대상 분류표)】에서 정한 각각의 상병으로 진료를 받아 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「희귀질환자 산정특례대상 중 선천질환」이라 함은 「희귀질환자 산정특례대상」에서 정한 희귀질환 중 상병코드Q로 시작하는 질병으로 특징기호 V239, V214, V240, V179, V180, V143, V291, V144, V225, V144, V269, V226, V145, V146, V147, V270, V148, V271, V272, V149, V150, V241, V181, V264, V227, V292, V265, V151, V182, V228, V183, V154, V229, V266, V230, V215, V242, V155, V300, V184, V156, V204, V216, V157, V185, V158, V243, V244, V186, V267, V159, V160, V205, V217, V021, V218, V245에 해당하는 질병으로 진료를 받아 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.

⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「통합질환 산정특례대상」 해당여부는 판단하는 시점에 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건

복지부 공시)」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담을 경감해주는 제도

【통합질환 산정특례대상 등록신청 절차 및 적용기간】

- 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」 및 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
- 「중증질환자(뇌혈관질환) 및 「중증질환자(심장질환)」의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 및 심장질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.
- 「중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상」, 「결핵질환자 산정특례대상」 또는 「중증화상환자 산정특례대상」은 각각의 상병으로 진료를 받아 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청을 완료하여야 합니다.
- 「희귀질환자 산정특례대상」은 각각의 상병으로 진료를 받아 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청을 완료하여야 합니다. 다만, 【별표6(본인일부부담금 산정특례 희귀질환자의 상병)】의 III~V에 해당하는 경우, 공단 이사장이 사전에 승인한 요양기관을 통하여 신청해야 하며, 그 중 IV~V에 해당하는 산정특례는 질병관리청 희귀질환 전문위원회로부터 상세불명 희귀질환 및 기타영색체 이상질환군의 질환임을 판정받은 후에 신청하여야 합니다.

4.(보장의 소멸)

1.(보험금의 지급사유)에서 정한 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」, 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」, 「중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상」, 「희귀질환자 산정특례대상」, 「결핵질환자 산정특례대상」 및 「중증화상환자 산정특례대상」에 해당하는 지급사유가 발생한 경우에는 각각에 대한 보장이 소멸되며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서

1. 암 산정특례관련 질병 진단비(세부보장 ① ~ ⑦) : 진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등
2. 산정특례관련 상병 등록여부를 확인할 수 있는 서류(세부보장 ⑧ ~ ⑬):

- 진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례 적용기간 등 기입)
 - 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례」의 경우 의 경우 수술명, 수가코드, NIHSS점수(특정기호 V275) 포함
 - 「중증질환자(심장질환) 산정특례」의 경우 수술명, 수가코드 또는 약제성분명 포함
 - 「중증화상환자 산정특례(특정기호 V306)」의 경우 수술명, 수가코드 포함

- 진료비계산서(산정특례적용영수증)
- 진료기록부(검사기록지 포함)
- 세부보장 ⑩ ~ ⑬의 경우 아래의 서류를 포함 :
 - 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본
 - 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 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 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(특별약관의 소멸)

① 각 세부보장에서 정한 「보장의 소멸」 조항에 따라 이 특별약관의 보장이 모두 소멸된 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 세부보장 ① ~ ⑦의 경우 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

2-2. 갱신형 중증난치질환자(중증치매)

산정특례대상 진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병 또는 상해로 인하여 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상보장개시일 이후에 제3조(중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상의 정의)에서 정한 「중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상」으로 보험기간 중에 신규 등록된 경우 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상 진단비로 지급합니다.

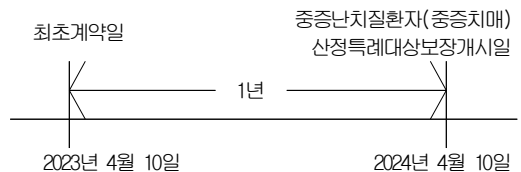
② 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 질병의 진단확정일로 적용합니다.

③ 이 특별약관에서 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상보장개시일이라 함은 최초계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다. 다만, 상해로 인하여 보험기간 중에 「중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상」으로 신규 등록된 경우에는 최초계약일을 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상보장개시일로 합니다.

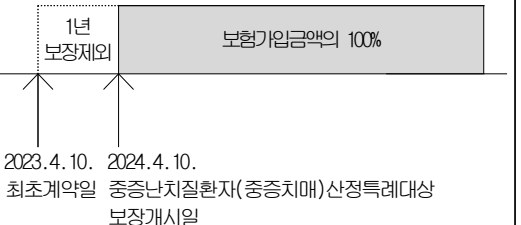
④ 제3항에도 불구하고 제1절 일반조항 제24조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 이 계약의 갱신일을 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상보장개시일로 합니다.

⑤ 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 질병 또는 상해의 진단확정일로 적용합니다.

【중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상보장개시일 [예시]]



【중증난치질환자(중증치매) 진단비[예시]]



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 중

합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보험수익자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상 재등록은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않습니다.

【중증난치질환자(중증치매) 산정특례 재등록】

법령에서 정한 중증난치질환자(중증치매) 산정특례기간(5년,

【별표8(중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상 분류표)】

V810의 경우 연간 최대 120일) 종료시점에 등록된 중증치매의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료중이며, 해당질환의 등록기준을 충족하는 경우에는 종료예정일 3개월 전부터 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.

제3조(중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상의 정의)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상」이라 함은 【별표8(중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상 분류표)】에서 정한 상병으로 진료를 받아 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상」 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

【중증난치질환자(중증치매) 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

「중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상」에 해당하여 의사가 중증치매로 확인한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(「중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상」 등록여부를 확인할 수 있는 서류[진단서(상병명, 상병코드, 특징기호, 산정특례적용기간 등 기

입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등)진료비계산서(산정특례적용영수증 등), 진료기록부 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

② 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약을 체결한 이후 보험기간 중에 다음의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(이하 「지정대리청구인」이라 합니다)을 2인 이내(2인 지정시 대표대리인을 지정)에서 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정, 보험금을 청구할 때에도 다음의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

① 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자

② 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 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

① 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)

② 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

⑤ 회사는 제4항의 지정대리청구인 변경 지정시 계약자의 지정 편의를 위해 가족관계서류의 수령을 생략할 수 있습니다.

⑥ 지정대리청구인은 제8항에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에

는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

⑦ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

⑧ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다. 다만, 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
- ④ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
- ⑤ 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 무효)

회사는 제1절 일반조항 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 이외에도 피보험자가 최초계약일부터 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상보장개시일의 전일 이전에 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 「중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상」으로 신규 등록된 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상 진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

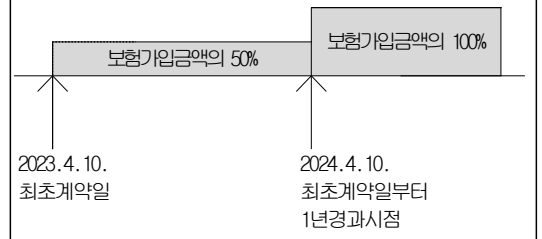
2-3. 갱신형 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병 또는 상해로 인하여 제3조(중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상의 정의)에서 정한 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」으로 보험기간 중에 등록된 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년 이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비 (연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상[예시]】



② 제1항에도 불구하고 상해로 인하여 제1항의 보험금 지급사유가 발생하거나 제1절 일반조항 제24조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액
중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비 (연간1회한)	보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항의 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 진단비는 「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」에 해당되어 여러번 등록되더라도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

④ 제1항부터 제3항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다

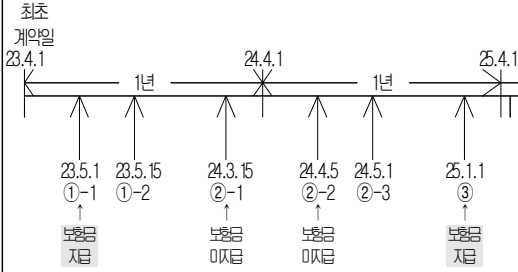
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보험수익자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 중증질환자 뇌혈관질환의 산정특례 적용기간 연장은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않습니다.

【보험금 지급예시】



※ 설명

- ①-1: 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 등록
- ①-2: 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례기간 종료
- ②-1: 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 등록
- ②-2: 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례기간 연장
- ②-3: 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례기간 종료
- ③: 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 등록

제3조(중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상의 정의)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」이라 함은 【별표9(중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 분류표)】에서 정한 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」에 해당하는 경우를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

【중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
- 중증질환자 뇌혈관질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자각전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례」등록여부를 확인할 수 있는 서류 [진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드, NHSS점수(특정기호 V275) 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등])
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-4. 갱신형 중증질환자(심장질환)

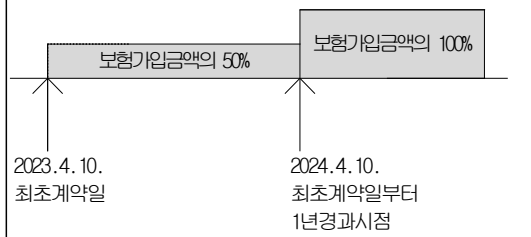
산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병 또는 상해로 인하여 제3조(중증질환자(심장질환) 산정특례대상의 정의)에서 정한 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」으로 보험기간 중에 등록된 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구 분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
중증질환자(심장질환) 산정특례대상 진단비 (연간1회한)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【중증질환자(심장질환) 산정특례대상[예시]】



② 제1항에도 불구하고 상해로 인하여 제1항의 보험금 지급사유가 발생하거나 제1절 일반조항 제24조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 보험금 지급사유 발생시에는 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 진단비로 지급합니다.

구 분	지급금액
중증질환자(심장질환) 산정특례대상 진단비 (연간1회한)	보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항의 중증질환자 심장질환 산정특례대상 진단비는 「중증질환자 심장질환 산정특례대상」에 해당되어 여러번 등록되더라도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

④ 제1항부터 제3항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

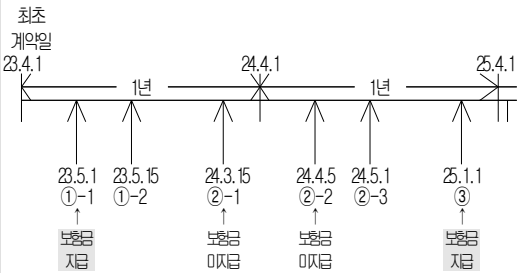
① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정

에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보험수익자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중증질환자(심장질환) 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 중증질환자 심장질환의 산정특례 적용기간 연장은 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않습니다.

【보험금 지급예시】



※ 설명

- ①-1: 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 등록
- ①-2: 중증질환자(심장질환) 산정특례기간 종료
- ②-1: 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 등록
- ②-2: 중증질환자(심장질환) 산정특례기간 연장
- ②-3: 중증질환자(심장질환) 산정특례기간 종료
- ③: 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 등록

제3조(중증질환자(심장질환) 산정특례대상의 정의)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」이라 함은 【별표10(중증질환자(심장질환) 산정특례대상 분류표)】에서 정한 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」에 해당하는 경우를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

【중증질환자(심장질환) 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
- 중증질환자 심장질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(「중증질환자(심장질환) 산정특례」등록 여부를 확인할 수 있는 서류 [진단서(상병명, 상병코드, 특징기호, 산정특례적용기간, 수술명 및 수가코드 또는 약제성분명 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등])
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-5. 갱신형 중증화상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인하여 제3조(중증화상환자 산정특례대상의 정의)에서 정한 「중증화상환자 산정특례대상」으로 보험기간 중에 등록된 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증화상환자 산정특례대상 진단비로 지급합니다.

② 제1항의 중증화상환자 산정특례대상 진단비는 「중증화상환자 산정특례대상」에 해당되어 여러번 등록되었다도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보험수익자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중증화상환자 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증화상환자 산정특례대상의 정의)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중증화상환자 산정특례대상」이라 함은 「중증화상환자 산정특례대상 분류표」(【별표11(중증화상환자 산정특례대상 분류표)】참조)에서 정한 상병으로 진료를 받아 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「중증화상환자 산정특례대상」 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

【중증화상환자 산정특례 등록신청 절차】

「중증화상환자 산정특례대상」은 해당 상병으로 진료를 받아 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청을 완료하여야 합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(「중증화상환자 산정특례」등록여부를 확인할 수 있는 서류 [진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명 및 수가코드(특정기호 V306) 등 기입), 진료비계산서(산정특례 적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등])
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

2-6. 갱신형 중증외상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인하여 제3조(중증외상환자 산정특례대상의 정의)에서 정한 「중증외상환자 산정특례대상」으로 보험기간 중에 등록된 경우 보험수익자에게 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증외상환자 산정특례대상 진단비로 지급합니다.

② 제1항의 중증외상환자 산정특례대상 진단비는 「중증외상환자 산정특례대상」에 해당되어 여러번 등록되더라도 연간 1회에 한하여 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 보험수익자가 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중증외상환자 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증외상환자 산정특례대상의 정의)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「중증외상환자 산정특례대상」이라 함은 【별표12(중증외상환자 산정특례대상 분류표)】에서 정한 「중증외상환자 산정특례대상」에 해당하는 경우를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「중증외상환자 산정특례대상」 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

【중증외상환자 산정특례 등록신청 절차】

「중증외상환자 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 권역외상센터 측의 요청급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(「중증외상환자 산정특례」 등록여부를 확인할 수 있는 서류 [진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 손상중증도점수(ISS) 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등])
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제1절 일반조항 제8조 제5항
및 제36조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (특별약관 제1조 일반조항 제36조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
- 주2) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 주3) 가산이율 적용시 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

암 산정특례관련 질병 분류표

1. 약관에 규정하는 암 산정특례관련 질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

암구분	대 상 질 병	분류번호
특정 소액암	1. 피부의 악성 흑색종	C43
	2. 유방의 악성 신생물	C50
	3. 자궁경부의 악성 신생물	C53
	4. 자궁체부의 악성 신생물	C54
	5. 전립선의 악성 신생물	C61
	6. 고환의 악성 신생물	C62
	7. 신우의 악성 신생물	C65
	8. 요관의 악성 신생물	C66
	9. 방광의 악성 신생물	C67
	10. 진성 적혈구증가증	D45
특정 소화기암	1. 위의 악성 신생물	C16
	2. 결장의 악성 신생물	C18
	3. 직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
	4. 직장의 악성 신생물	C20
	5. 항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	6. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	7. 기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
15대 특정암	1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00-C14
	2. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	
	- 비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	- 부비동의 악성 신생물	C31
	- 후두의 악성 신생물	C32
	- 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
	- 심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
	3. 종피성 및 연조직의 악성 신생물	
	- 말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물	C47
	- 기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49
	4. 여성생식기관의 악성 신생물	
	- 외음의 악성 신생물	C51
	- 질의 악성 신생물	C52
	- 자궁의 상세불명 부분의 악성	C55

	신생물	
	- 난소의 악성 신생물	C56
	- 기타 및 상세불명의 여성생식 기관의 악성 신생물	C57
	- 태반의 악성 신생물	C58
	5. 남성생식기관의 악성 신생물	
	- 음경의 악성 신생물	C60
	- 기타 및 상세불명의 남성생식 기관의 악성 신생물	C63
	6. 요로의 악성 신생물	
	- 신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
	- 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68
	7. 눈 및 부속기의 악성 신생물	C69
	8. 부신 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C74-C75
	9. 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
	10. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
	11. 골수형성이상증후군	D46
10대 특정암	12. 만성 골수증식질환	D47.1
	13. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
	14. 골수섬유증	D47.4
	15. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C77~C80
	1. 식도의 악성 신생물	C15
	2. 소장암의 악성 신생물	C17
	3. 기관의 악성 신생물	C33
	4. 흉선의 악성 신생물	C37
	5. 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
	6. 종피종	C45
	7. 카포시육종	C46
	8. 후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
	9. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성 신생물	
	- 수막의 악성 신생물	C70
	- 뇌의 악성 신생물	C71
	- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
	10. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성 신생물	
	- 호지킨림프종	C81
	- 소포성 림프종	C82
	- 비소포성 림프종	C83
	- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
	- 기타 상세불명 유형의 비호지	C85

	킨림프종	
	- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
	- 악성 면역증식성 질환	C88
	- 다발골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
	- 림프성 백혈병	C91
	- 골수성 백혈병	C92
	- 단핵구성 백혈병	C93
	- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
	- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
	- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
	- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5
4대 고액암	1. 담낭의 악성 신생물	C23
	2. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	3. 췌장의 악성 신생물	C25
	4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	
	- 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
제자리암	- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절 연골의 악성 신생물	C41
	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
기타 피부암	1. 기타 피부의 악성신생물	C44
	1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
경계성종 양	2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식불명 또는 미상의 신생물	D38
	3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
	4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
	5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
	6. 수막의 행동양식 불명 또는 미	D42

	상의 신생물	
	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 단클론감아글로불린 병증	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 상세포의 신생물	D47.9
	13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48
갑상선암	1. 갑상선의 악성신생물	C73
양성 뇌종양	1. 수막의 양성신생물	D32
	2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	3. 뇌하수체의 양성신생물	D35.2
	4. 두개인두관의 양성신생물	D35.3
	5. 송과선의 양성신생물	D35.4

대상질환 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질환 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질환 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발암이 완치되었다면, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표3】

통합질환 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」, 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」, 「중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상」, 「희귀질환자 산정특례대상」, 「결핵질환자 산정특례대상」 및 「중증화상환자 산정특례대상」은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023. 6. 1시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상), 제5조 별표4(희귀질환자 산정특례 대상), 제5조 별표4의2(중증난치질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

통합질환 구분	산정특례대상 및 적용기간	특정 기호
중증 질환자 (뇌혈관 질환) 산정특례 대상	1. 【별표3-1(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)】에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 【별표3-2(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)】에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일	V191
	2. 【별표3-1(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)】에서 160~162에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일. 단, 【별표3-2(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)】에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
	3. 【별표3-1(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)】에서 163에 해당하는 상병의 뇌경색증환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원진료중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일. 단, 【별표3-2(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)】에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275
중증 질환자 (심장질환) 산정특례 대상	【별표4-1(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병)】에 해당하는 상병의 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 【별표4-2(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술)】에 해당하는 수술 또는 【별표4-3(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분)】에 해당하는 약제를 투여받은 경우 최대 30일. 단, 【별표4-1(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병)】에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 【별표4-2(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술)】에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받	V192

통합질환 구분	산정특례대상 및 적용기간	특정 기호
	은 경우 최대 60일	
중증난치 질환자 (중증치 매제외) 산정특례 대상	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)에 따라 산정특례 대상으로 등록된 중증난치질환자(중증치매제외)가 등록일로부터 5년간 【별표5(본인일부부담금 산정특례 중증난치질환자(중증치매제외)의 상병)】의 상병으로 진료를 받은 경우. 단, 인체면역결핍바이러스질환(B20~B24)은 등록에서 제외함.	【별표5】 에 따름
희귀 질환자 산정특례 대상	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)에 따라 산정특례 대상으로 등록된 희귀질환자가 등록일로부터 5년간 【별표6(본인일부부담금 산정특례 희귀질환자의 상병)】으로 진료를 받은 경우. 단, 상세불명희귀질환은 등록일로 부터 1년간 해당 임상 소견으로 진료를 받은 경우로 함.	【별표6】 에 따름
결핵 질환자 산정특례 대상	가. 대상 : 결핵예방법 시행규칙 제3조에 따라 신고한 결핵질환자 중 결핵치료가 진행 중인 자가 항결핵제 내성(U84.3) 및 결핵(A15-A19)상병으로 확진 받아 공단에 산정특례로 등록한 자 나. 적용기간 : 산정특례 적용시작일부터 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에 따른 산정특례 종료일까지 - 산정특례 종료일은 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에서 치료결과 구분항목이 “완치” 또는 “완료” 일 경우는 치료종료일을, “사망” 은 사망일을, “진단변경” 은 진단변경일로 “중단 및 다른 의료기관으로 전원” 은 해당 요양기관의 최종 진료일로 한다.	V000
중증 화상환자 산정특례 대상	다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 산정특례 대상으로 등록된 중증화상환자가 적용일로부터 1년간 해당 상병으로 진료를 받는 경우 *단, 등록기간 종료 후 2년 이내에 【별표7(본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)】의 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있음(V306은 제외) 【별표7(본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)】에서 중증도 기준의 제1호 각 목의 어느	V247

통합질환 구분	산정특례대상 및 적용기간	특정 기호
	하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 제1호 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	
	【별표7(본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)】에서 중증도 기준의 제2호 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 제2호 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V248
	【별표7(본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)】의 상병 중 제3호에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)으로 입원진료를 받는 경우	V305
	【별표7(본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)】의 상병 중 제3호에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)에 대해 외래진료를 받은 환자가 수상(受傷)한 날부터 3년 이내에 입원하여 (【별표7(본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)】의 수술을 받는 경우	V306
	【별표7(본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)】의 중증도 중 제4호에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V250

주1) NIHSS 란, National Institutes of Health Stroke Scale 의 약자로 의료 제공자가 뇌졸중으로 인한 손상을 객관적으로 정량화하는데 사용하는 도구입니다.

주2) "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「통합질환 산정특례대상」 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

【별표3-1】

본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023. 6. 1시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대상질병	분류번호
뇌혈관질환	I60~I67
경동맥의 동맥류 및 박리	I72.0
후천성 동정맥류	I77.0
순환계통의 기타 선천기형	Q28.0 ~ Q28.3
두개내손상	S06

주) 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표3-2】

본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023. 6. 1시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

대상 수술	수가코드
혈중제거를 위한 개두술	S4621,S4622
뇌동맥류수술	S4641,S4642
뇌동정맥기형적출술	S4653~S4658
두개강내 혈관문합술	S4661,S4662
단락술 또는 측로조성술	S4711~S4715
뇌엽절제술	S4780
뇌 기저부 수술	S4801~S4803
중추신경계정위수술 - 혈중제거	S4756
경피적풍선혈관성형술	M6593,M6594, M6597
경피적뇌혈관악물성형술	M6599
경피적혈관내 금속스텐트삽입술	M6601,M6602, M6605
경피적혈전제거술	M6630,M6632, M6635,M6636, M6637,M6639
혈관색전술	M1661~M1667, M6644
천두술	N0322~N0324
개두술 또는 두개절제술	N0333
혈관내 죽종제거술	O0226,O0227, O2066
경동맥결찰술	S4670
뇌내시경수술	S4744
뇌 정위적 방사선수술	HD113+HD115

주) 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제4조에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표4-1】

본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023. 6. 1시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대상질환	분류번호
심장의 양성 신생물	D15.1
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
만성 류마티스심장질환	I05~I09
허혈심장질환	I20~I25
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26, I28
기타 형태의 심장병	I30~I51
대동맥의 죽상경화증	I70.0
대동맥동맥류 및 박리	I71
달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애	I79.0, I79.1
대동맥궁증후군[다카야수]	M31.4
순환계통의 선천기형	Q20~Q25
대정맥혈관의 선천기형	Q26.0~Q26.4, Q26.8, Q26.9
흉부 혈관의 손상, 심장의 손상	S25~S26

주) 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표4-2】

본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환 수술은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023. 6. 1시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

대상 수술	수가코드
동맥관 우회로 조성술	OA640~OA641, OA647~OA649, O1640~O1641, O1643~O1649
심장 창상봉합술	O1660
동맥관개존폐쇄술	O1671, O1672
대동맥축착증수술	O1680
폐쇄식 승모판 교련 절개술	O1690
심혈관단락술	O1701, O1702
폐동맥결찰술	O1703, O1704
심방중격결손조성술	O1705
심방, 심실중격결손증수술	O1710, O1711, O1721~O1723
판막협착증수술	O1730, O1740, O1750, O1760
심방중격결손증 겸 폐동맥판막협착증수술	O1770
판막성형술	O1781~O1784
인공판막치환술	O1791~O1793, O1797
인공판막재치환술	O1794~O1796, O1798
비봉합 대동맥판막치환술	O1799
활로씨 4 증후군 근본수술	O1800
심실중격결손증 겸 폐동맥판막협착증수술	O1810
심내막상결손증 수술	O1821, O1822
좌심실류절제술	O1823
좌심실용적축소성형술	O1824
좌심실, 우심실 유출로 성형술	O1825, O1826
관상동맥 내막절제술	O1830
발살바동 동맥류파열수술	O1840
동정맥기형교정술	O1841
기타 복잡기형에 대한 심장수술	O1851, O1852
좌우폐동맥 성형술	O1861
기능적 단심실증 교정술	O1873, O1874
라스탈리씨수술	O1875
총 폐정맥 환류이상증 수술	O1878
대혈관전위증 수술	O1879, O1881, O1882, O1883
심실 보조장치 치료술	O0881, O0882, O0883, O0886, O0887, O0888, O0889
인공심폐순환	O1890, O1891
개흉심장마사지	O1895
부분체외순환	O1901~O1902

대상 수술	수가코드
체외순환막형산화요법	O1903~O1904, O1907
국소관류	O1910
대동맥내풍선펌프	O1921,O1922
심낭루조성술	O1931
심낭창형성술	O1932,O1935
심막절제술	O1940
폐동맥혈전제거술	O1950
대동맥-폐동맥 창 폐쇄술	O1960
심내이물제거술	O1970
심장중앙제거술	O1981,O1982
심박기거치술	O2001,O2004,O 2005,O2009, O2020~O2021, O2041~O2043
부정맥수술	O2006,O2007
심율동전환 제세동기거치술	O2011,O2012, O2211,O2212
동맥류 절제술	O2031, O2021,O2022, O2031~O2033
혈전제거술-심장	O2060
경피적 동맥관개존 폐쇄술	M6510
경피적 심방중격결손폐쇄술	OZ751
경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술	M6513
경피적 심방중격절개술	M6521,M6522
경피적 심장 판막성형술	M6531~M6533
부정맥의 고주파절제술	M6541~M6543, M6546~M6548, M6550
및 냉각절제술	및 M6551,M6557, M6558, M6561, M6562
경피적 관상동맥확장술	M6551,M6552, M6553,M6554
경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6561~M6564, M6565~M6567
경피적 관상동맥죽상반절제술	M6571,M6572
경피적 대동맥판삽입	M6580,M6581, M6582
경피적 폐동맥판 삽입술	M6585
경피적 풍선혈관성형술	M6595~M6597
경피적 혈관내 금속스텐트삽입술	M6603~M6605
경피적 혈관내 스텐트-이식설치술	M6611~M6613
대동맥 혈관내 이식편 고정술	M6651, M6652
경피적 혈관내 죽종제거술	M6620
경피적 혈전제거술	M6632,M6634, M6638,M6639
혈관색전술	M6644
심장이식술	Q8080
심장 및 폐이식술	Q8103
디케이에스수술	O1853
관상동맥성형술	O1854
대동맥박리수술	O0232~O0234
대동맥근부수술	O0235

주2) 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제4조에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표4-3】

본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023. 6. 1시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 약제성분을 말합니다.

약제성분명	주사제
Alteplase	주사제
Tenecteplase	주사제
Urokinase	주사제

주) 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제4조에 해당하는 약제성분이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표5】

본인일부부담금 산정특례
중증난치질환자(중증치매제외)의 상병

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 중증난치질환자(중증치매제외)은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023. 6. 1시행)" 제5조 별표4의2(중증난치질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

구분	상병명	상병 코드	특정 기호
I	만성신부전증환자의 경우		
	인공신장투석 실시 당일 외래 진료 또는 해당 시술 관련 입원진료 또는 인공신장투석을 위한 혈관 시술 수술 관련 진료		V001
	계속적 복막관류술 실시, 복막관류액 수령 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료		V003
II	혈우병 환자가 항응고인자동결침전제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료 관련 입원 진료		
	후천성 응고인자결핍	D68.4	V284
	간질환에 의한 응고인자결핍	D68.4	V284
III	장기이식 환자의 경우		
	간 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V013
	췌장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V014
	심장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V015
	신 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V005
	폐 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V277
	소장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V278
IV	정신질환자가 해당 상병으로 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	편집조현병	F20.0	V161
	편집분열성 조현병	F20.0	V161
	파괴형조현병	F20.1	V161
	해체성 조현병	F20.1	V161
	파괴증	F20.1	V161
	긴장성 조현병	F20.2	V161
	긴장성 혼미	F20.2	V161
	조현병성 카탈렐시	F20.2	V161
	조현병성 긴장증	F20.2	V161
	조현병성 납굴증	F20.2	V161
	미분화조현병	F20.3	V161
	비정형조현병	F20.3	V161

	조현병후우울증	F20.4	V161
	잔류조현병	F20.5	V161
	만성 미분화조현병	F20.5	V161
	레스트추스탄트(조현병성)	F20.5	V161
	조현병성 잔류상태	F20.5	V161
	단순형조현병	F20.6	V161
	기타 조현병	F20.8	V161
	채감장애조현병	F20.8	V161
	조현양상장애 NOS	F20.8	V161
	조현양상정신병 NOS	F20.8	V161
	상세불명의 조현병	F20.9	V161
	조현형장애	F21	V161
	잠재 조현병성 반응	F21	V161
	경계성 조현병	F21	V161
	잠재성 조현병	F21	V161
	전정신병적 조현병	F21	V161
	전구성 조현병	F21	V161
	가짓신경증성 조현병	F21	V161
	가짓정신병증성 조현병	F21	V161
	조현형인격장애	F21	V161
	망상장애	F22.0	V161
	편집증	F22.0	V161
	편집증정신병	F22.0	V161
	편집증상태	F22.0	V161
	망상분열증(만기의)	F22.0	V161
	만감망상	F22.0	V161
	기타 지속성 망상장애	F22.8	V161
	망상성 이상형태공포증	F22.8	V161
	퇴행성 편집상태	F22.8	V161
	불평편집증	F22.8	V161
	상세불명의 지속적 망상장애	F22.9	V161
	조현병의 증상이 없는 급성 다형성 정신병장애	F23.0	V161
	조현병 및 상세불명의 증상이 없는 순환형 정신병	F23.0	V161
	조현병 증상이 없거나 상세불명의 부패 델리랑뜨	F23.0	V161
	조현병의 증상이 있는 급성 다형성 정신병장애	F23.1	V161
	조현병의 증상이 있는 순환형 정신병	F23.1	V161
	조현병 증상이 있는 부패 델리랑뜨	F23.1	V161
	급성 조현병-유사정신병장애	F23.2	V161
	급성 (미분화형) 조현병	F23.2	V161
	단기 조현양상장애	F23.2	V161
	단기 조현양상정신병	F23.2	V161
	몽환정신병	F23.2	V161
	조현병성 반응	F23.2	V161
	기타 급성 주로 망상우세성 정신병장애	F23.3	V161
	편집반응	F23.3	V161
	심인성 편집정신병	F23.3	V161

	기타 급성 및 일과성 정신병장애	F23.8	V161
	상세불명의 급성 및 일과성 정신병장애	F23.9	V161
	단기 반응성 정신병 NOS	F23.9	V161
	반응성 정신병	F23.9	V161
	유도망상장애	F24	V161
	감응성 정신병	F24	V161
	유도편집장애	F24	V161
	유도정신병장애	F24	V161
	조현정동장애, 조증형	F25.0	V161
	조현정동정신병, 조증형	F25.0	V161
	조현양상정신병, 조증형	F25.0	V161
	조현정동장애, 우울증형	F25.1	V161
	조현정동정신병, 우울증형	F25.1	V161
	조현양상정신병, 우울증형	F25.1	V161
	조현정동장애, 혼합형	F25.2	V161
	순환성 조현병	F25.2	V161
	혼합형 조현병성 및 정동성 정신병	F25.2	V161
	기타 조현정동장애	F25.8	V161
	상세불명의 조현정동장애	F25.9	V161
	조현정동정신병 NOS	F25.9	V161
	기타 비기질성 정신병장애	F28	V161
	만성 환각성 정신병	F28	V161
	상세불명의 비기질성 정신병	F29	V161
	정신병 NOS	F29	V161
V	아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	도순 봉입체뇌염	A81.1	V282
	아급성 경화성 뇌염	A81.1	V282
	밴보게르트 경화성 백질뇌병증	A81.1	V282
	진행성 다초점백질뇌병증	A81.2	V282
	다초점백질뇌병증 NOS	A81.2	V282
	중추신경계통의 기타 비정형바이러스감염	A81.8	V282
	쿠루	A81.8	V282
	중추신경계통의 상세불명의 비정형바이러스감염	A81.9	V282
	중추신경계통의 프리온질환 NOS	A81.9	V282
	마이코박테리아감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.0	V103
	결핵을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.0	V103
	기타 세균감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.1	V103
	거대세포바이러스병을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.2	V103
	기타 바이러스감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.3	V103
	칸디다증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.4	V103
	기타 잔균증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.5	V103

폐포자충폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병 (HIV disease resulting in Pneumocystis jirovecii pneumonia)	B20.6	V103
폐포자충폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병 (HIV disease resulting in Pneumocystis carinii pneumonia)	B20.6	V103
다발감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.7	V103
기타 감염성 및 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.8	V103
상세불명의 감염성 또는 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.9	V103
감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병 NOS	B20.9	V103
카포시육종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.0	V103
버킷림프종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.1	V103
기타 유형의 비호지킨림프종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.2	V103
림프성, 조혈성 및 관련 조직의 기타 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.3	V103
다발성 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.7	V103
기타 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.8	V103
상세불명의 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.9	V103
뇌병증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.0	V103
인체면역결핍바이러스치매	B22.0	V103
림프성 간질폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.1	V103
소모증후군을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.2	V103
슬림병	B22.2	V103
성장장애를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.2	V103
달리 분류된 다발성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.7	V103
급성 인체면역결핍바이러스감염증후군	B23.0	V103
(지속성) 전신림프선병증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.1	V103
달리 분류되지 않은 혈액학적 및 면역학적 이상을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.2	V103
기타 명시된 병태를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.8	V103

상세불명의 인체면역결핍바이러스병	B24	V103
후천면역결핍증후군 NOS	B24	V103
에이즈-관련복합 NOS	B24	V103
뇌하수체의 양성 신생물	D35.2	V162
악물유발 무형성빈혈	D61.1	V283
악물유발 호중구감소	D70	V285
과당대사장애	E74.1	V286
유전성 과당불내성	E74.1	V286
과당-1, 6-이인산분해효소결핍	E74.1	V286
수크레이스결핍	E74.3	V286
장성 탄수화물흡수의 기타 장애	E74.3	V286
포도당-갈락토스흡수장애	E74.3	V286
신생물떨림 신경근육병증 및 신경병증	G13.0	V287
신생물떨림 변연부뇌병증 (C00-D48+)	G13.1	V287
달리 분류된 기타 질환에서 일차적으로 중추신경계를 침범하는 계통적 위축	G13.8	V287
파킨슨병	G20	V124
특발성 파킨슨증 또는 파킨슨병	G20	V124
원발성 파킨슨증 또는 파킨슨병	G20	V124
편측파킨슨증	G20	V124
떨림마비	G20	V124
파킨슨증 또는 파킨슨병 NOS	G20	V124
난치성 뇌전증을 동반한 국소발병의 발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.01	V279
난치성 뇌전증을 동반한 복합 부분발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 증상성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.21	V279
난치성 뇌전증을 동반한 전신성 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.31	V279
결핵(~에서의) 다발신경병증 (A17.82†)	G63.0	V170
디프테리아(~에서의) 다발신경병증(A36.8†)	G63.0	V170
감염성 단핵구증(~에서의) 다발신경병증(B27.-†)	G63.0	V170
니병(~에서의) 다발신경병증 (A30.-†)	G63.0	V170
라임병(~에서의) 다발신경병증(A69.2†)	G63.0	V170
불거리(~에서의) 다발신경병증(B26.8†)	G63.0	V170
포진후(~에서의) 다발신경병증(B02.2†)	G63.0	V170
만기매독(~에서의) 다발신경	G63.0	V170

병증(A52.1†)		
만기선천매독(~에서) 다발 신경병증(A50.4†)	G63.0	V170
달리 분류된 감염성 및 기생충 성 질환에서의 다발신경병증	G63.0	V170
독성근신경장애	G70.1	V288
노년성 황반변성(삼출성)	H35.31	V201
울혈성 심근병증	I42.0	V289
기타 비대성 심근병증	I42.28	V289
기타 제한성 심근병증	I42.5	V289
게양성 (만성) 방결장염	K51.0	V131
게양성 (만성) 직장염	K51.2	V131
좌측 결장염	K51.5	V131
기타 게양성 대장염	K51.8	V131
상세불명의 게양성 대장염	K51.9	V131
중증 아토피성 피부염	L20.85	V308
중증 보통건선	L40.00	V280
비장림프절비대 및 백혈구감소 가 동반된 류마티스관절염	M05.0	V223
펠티증후군	M05.0	V223
류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1	V223
류마티스혈관염	M05.2	V223
기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스관절염	M05.3	V223
기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심장막염 (I32.8*)	M05.3	V223
기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 다발신경병증 (G63.6*)	M05.3	V223
기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심근염 (I41.8*)	M05.3	V223
기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 근병증 (G73.7*)	M05.3	V223
기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심내막염 (I39.-*)	M05.3	V223
기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심장염 (I52.8*)	M05.3	V223
기타 혈청검사양성 류마티스관 절염	M05.8	V223
상세불명의 혈청검사양성 류마 티스관절염	M05.9	V223
절단성 관절염(L40.5†)	M07.1	V237
건선척추염(L40.5†)	M07.2	V237
기타 건선관절병증(L40.5†)	M07.3	V237
과민성 혈관염	M31.0	V290
강직척추염, 척추의 여러 부위	M45.0	V140
강직척추염, 후두환축부	M45.1	V140
강직척추염, 경부	M45.2	V140
강직척추염, 경흉추부	M45.3	V140
강직척추염, 흉추부	M45.4	V140

강직척추염, 흉요추부	M45.5	V140
강직척추염, 요추부	M45.6	V140
강직척추염, 요천부	M45.7	V140
강직척추염, 천추 및 천미추부	M45.8	V140
신생아의 호흡곤란증후군	P22.0	V142
유리질막병	P22.0	V142
신생아의 기타 호흡곤란	P22.8	V142
신생아의 상세불명의 호흡곤란	P22.9	V142

주) "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는
경우 이후 약관에서 보장하는 「중증난치질환자(중증치매
제외) 산정특례대상」 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본
인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

【별표6】

본인일부부담금 산정특례 희귀질환자의 상병

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 희귀질환자는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023. 6. 1시행)" 제5조 별표4(희귀질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말한다.

구분	상병명	상병 코드	특정 기호
I	혈우병 환자가 응고인자-동결침전제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료 관련 입원 진료		
	유전성 제8인자결핍	D66	V009
	제8인자결핍(기능적 결핍을 동반)	D66	V009
	혈우병 NOS	D66	V009
	A형혈우병	D66	V009
	고전적 혈우병	D66	V009
	유전성 제9인자결핍	D67	V009
	크리스마스병	D67	V009
	제9인자결핍(기능적 결핍을 동반)	D67	V009
	혈장트롬보플라스틴성분결핍	D67	V009
	B형혈우병	D67	V009
	폰빌레brandt병	D68.0	V009
	혈관혈우병(Angiohaemophilia)	D68.0	V009
	혈관결손이 있는 제8인자결핍	D68.0	V009
	혈관혈우병(Vascular haemophilia)	D68.0	V009
	유전성 제11인자결핍	D68.1	V009
	C형혈우병	D68.1	V009
	혈장트롬보플라스틴전구물질 결핍	D68.1	V009
	기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2	V009
	선천성 무피브리노겐혈증	D68.2	V009
	AC글로불린결핍	D68.2	V009
	프로액셀레린결핍	D68.2	V009
	제1인자[피브리노젠]의 결핍	D68.2	V009
	제2인자[프로트롬빈]의 결핍	D68.2	V009
	제5인자[불안정]의 결핍	D68.2	V009
	제7인자[안정]의 결핍	D68.2	V009
	제10인자[스튜어트-프라우]의 결핍	D68.2	V009
	제12인자[하게만]의 결핍	D68.2	V009
	제13인자[피브리노겐]의 결핍	D68.2	V009
	이상피브리노겐혈증(선천성)	D68.2	V009
	저프로콘버틴혈증	D68.2	V009
	오우렌병	D68.2	V009
II	아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	크로이츠펠트-야콥병	A81.0	V102

아급성 해면모양뇌병증	A81.0	V102
가족성선종성폴립증	D12.6 (M8220 /0)	V281
포도당-6-인산탈수소효소결핍에 의한 빈혈	D55.0	V163
잠두종독	D55.0	V163
G6PD결핍빈혈	D55.0	V163
해당효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2	V164
용혈성 비구상적혈구성 (유전성) II형 빈혈	D55.2	V164
헥사키니네이스결핍빈혈	D55.2	V164
피루브산염카이네이스결핍빈혈	D55.2	V164
삼탄당인산염이성화효소결핍 빈혈	D55.2	V164
알파지중해빈혈	D56.0	V232
베타지중해빈혈	D56.1	V232
쿠울리빈혈	D56.1	V232
중증 베타지중해빈혈	D56.1	V232
중간형 지중해빈혈	D56.1	V232
중증 지중해빈혈	D56.1	V232
델타-베타지중해빈혈	D56.2	V232
지중해빈혈 소질	D56.3	V232
태아헤모글로빈의 유전적 존속	D56.4	V232
비정형 용혈-요독증후군	D59.3	V219
발작성 아간헤모글로빈뇨	D59.5	V187
만성 후천성 순수적혈구무형성	D60.0	V023
원발성 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
가족성 저형성빈혈	D61.0	V023
판코니빈혈	D61.0	V023
블랙판-다이아몬드증후군	D61.0	V023
영아 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
기형을 동반한 범혈구감소증	D61.0	V023
체질성 무형성빈혈	D61.0	V023
선천성 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
특발성 무형성빈혈	D61.3	V023
골수형성저하	D61.9	V023
범골수형폐	D61.9	V023
저형성빈혈 NOS	D61.9	V023
선천성 적혈구조혈이상빈혈	D64.4	V220
이상조혈성 빈혈(선천성)	D64.4	V220
항인지질증후군	D68.6	V253
정상적 혈소판결손	D69.1	V106
베르나르-슬리에[거대혈소판]증후군	D69.1	V106
글란즈만병	D69.1	V106
그레이혈소판증후군	D69.1	V106
혈소판무력증(출혈성)(유전성)	D69.1	V106
혈소판병증	D69.1	V106
에반스증후군	D69.3	V188

선천성 무과립구증	D70	V108
선천성 호중구감소	D70	V108
영아 유전성 무과립구증	D70	V108
무과립구증	D70	V108
무과립구성 안지나	D70	V108
호중구감소 NOS	D70	V108
주기성 호중구감소	D70	V108
코스트만병	D70	V108
순환성 호중구감소	D70	V108
호중구감소성 비장비대	D70	V108
베르너-슐츠병	D70	V108
선천성 이상식작용증	D71	V109
만성 (소아기) 육아종성 질환	D71	V109
다형핵호중구의 기능장애	D71	V109
진행성 패혈성 육아종증	D71	V109
세포막수용체복합체[CR3] 결손	D71	V109
혈구탐식성 림프조직구증	D76.1	V110
가족성 혈구탐식세망증	D76.1	V110
단핵탐식세포의 조직구증	D76.1	V110
세망조직구증(거대세포)	D76.3	V110
심한 림프선병증을 동반한 동 조직구증	D76.3	V110
X-연관무감마글로불린혈증[브루튼](성장호르몬결핍을 동반)	D80.0	V111
보통염색체열성 무감마글로불린혈증(스위스형)	D80.0	V111
유전성 저감마글로불린혈증	D80.0	V111
원발성 무감마글로불린혈증	D80.0	V111
공통가변성 무감마글로불린혈증	D80.1	V111
저감마글로불린혈증 NOS	D80.1	V111
비가족성 저감마글로불린혈증	D80.1	V111
면역글로불린을 지닌 B-림프구가 있는 무감마글로불린혈증	D80.1	V111
면역글로불린A의 선택적 결핍	D80.2	V111
면역글로불린G 서브클래스의 선택적 결핍	D80.3	V111
면역글로불린M의 선택적 결핍	D80.4	V111
면역글로불린M의 증가를 동반한 면역결핍	D80.5	V111
거의 정상적 면역글로불린 또는 고면역글로불린혈증을 동반한 항체결핍	D80.6	V111
항체결손이 현저한 기타 면역결핍	D80.8	V111
카파경쇄결핍	D80.8	V111
세망세포발생이상을 동반한 중증복합면역결핍	D81.0	V111
T- 및 B-세포수가 감소된 중증복합면역결핍	D81.1	V111
B-세포수가 정상이거나 감소된 중증복합면역결핍	D81.2	V111

아데노신탈아미노효소결핍	D81.3	V111
네젤로프증후군	D81.4	V111
퓨린뉴클레오사이드인산화효소결핍	D81.5	V111
주조직적합성복합체 I 형결핍	D81.6	V111
노출림프구증후군	D81.6	V111
주조직적합성복합체 II 형결핍	D81.7	V111
바이오톨-의존카복실레이스결핍	D81.8	V111
오멘증후군	D81.8	V111
중증복합면역결핍장애 NOS	D81.9	V111
혈소판감소 및 습진을 동반한 면역결핍	D82.0	V111
비스코트-알드리치증후군	D82.0	V111
디조지증후군	D82.1	V111
홍선성 림프조직무형성	D82.1	V111
면역결핍을 동반한 홍선무형성 또는 형성저하	D82.1	V111
인두낭증후군	D82.1	V111
짧은사지체구를 동반한 면역결핍	D82.2	V111
엡스타인-바르바이러스에 대한 유전성 결손반응에 따른 면역결핍	D82.3	V111
X-연관 림프증식성 질환	D82.3	V111
고면역글로불린D증후군	D82.4	V111
B-세포 수 및 기능의 현저한 이상에 의한 공통 가변성 면역결핍	D83.0	V111
현저한 면역조절T-세포장애에 의한 공통 가변성 면역결핍	D83.1	V111
B- 또는 T-세포에 대한 자가 항체를 동반한 공통 가변성 면역결핍	D83.2	V111
림프구기능항원-1결손	D84.0	V111
C1에스테라아제제인자결핍	D84.1	V111
보체계통의 결손	D84.1	V111
폐의 사르코이드증	D86.0	V111
림프절의 사르코이드증	D86.1	V111
림프절의 사르코이드증을 동반한 폐의 사르코이드증	D86.2	V111
피부의 사르코이드증	D86.3	V111
사르코이드관절병증(M14.8*)	D86.8	V111
사르코이드심근염(I41.8*)	D86.8	V111
사르코이드근염(M63.3*)	D86.8	V111
포도막귀밑샘염	D86.8	V111
사르코이드증에서의 홍채섬모체염(H22.1*)	D86.8	V111
기타 및 복합부위의 사르코이드증	D86.8	V111
사르코이드증에서의 다발성 뇌신경마비(G53.2*)	D86.8	V111
한랭글로불린혈증성 혈관염	D89.1	V294
말단비대증 및 뇌하수체거인증	E22.0	V112

말단비대증과 관련된 관절병증 (M14.5*)	E22.0	V112
성장호르몬의 과잉생산	E22.0	V112
취한증후군	E23.0	V165
콜만증후군	E23.0	V165
뇌하수체 부신피질자극호르몬의 과다생산	E24.0	V114
뇌하수체-의존 쿠싱병	E24.0	V114
뇌하수체-의존 부신피질기능항진증	E24.0	V114
빌슨증후군	E24.1	V114
이소성 부신피질자극호르몬증후군	E24.3	V114
효소결핍과 관련된 선천성 부신생식기장애	E25.0	V115
염류소실 선천성 부신증식증	E25.0	V115
선천성 부신증식증	E25.0	V115
21-수산화효소결핍	E25.0	V115
부신생식기증후군 NOS	E25.9	V115
바터증후군	E26.8	V254
원발성 부신피질부전	E27.1	V116
애디슨병	E27.1	V116
자가면역성 부신염	E27.1	V116
가족성 부신코티코이드결핍	E27.1	V116
애디슨발증	E27.2	V116
부신피질발증	E27.2	V116
부신발증	E27.2	V116
부신출혈	E27.4	V116
부신경색증	E27.4	V116
저알도스테론증	E27.4	V116
부신피질부전 NOS	E27.4	V116
송과선 기능이상	E34.8	V166
조로증	E34.8	V166
활동성 구루병	E55.0	V207
영아골연화증	E55.0	V207
연소성 골연화증	E55.0	V207
고전적 페닐케톤뇨증	E70.0	V117
기타 고페닐알라닌혈증	E70.1	V117
타이로신대사장애	E70.2	V117
타이로신혈증	E70.2	V117
타이로신증	E70.2	V117
조직흑갈병	E70.2	V117
알칼토뇨증	E70.2	V117
눈피부백색증	E70.3	V117
눈백색증	E70.3	V117
교차증후군	E70.3	V117
체디아크(-스타인브링크)-히가시증후군	E70.3	V117
헤르만스카-푸들리크증후군	E70.3	V117
바르데브르그 증후군(백색증을 동반한)	E70.3	V117
히스티딘대사장애	E70.8	V117
트립토판대사장애	E70.8	V117

단풍시럽뇨병	E71.0	V117
프로피온산혈증	E71.1	V117
메틸말론산혈증	E71.1	V117
아이소발레린산혈증	E71.1	V117
고발린혈증	E71.1	V117
고류산-이소류산혈증	E71.1	V117
지방산대사장애	E71.3	V117
부신백질디스트로피[애디슨-셸더]	E71.3	V117
근육카르니틴팔미틸트랜스퍼레이스결핍	E71.3	V117
장쇄수산화아실코에이탈수소효소결핍증(MCAD)	E71.3	V117
아미노산운반장애	E72.0	V117
로베증후군	E72.0	V117
시스틴증	E72.0	V117
판코니(-드트니)(-드브레)증후군	E72.0	V117
시스틴뇨증	E72.0	V117
하르트넵병	E72.0	V117
시스틴축적병(N29.8*)	E72.0	V117
유황황유아미노산대사장애	E72.1	V117
호모시스틴뇨	E72.1	V117
아황산염산화효소결핍	E72.1	V117
시스타티오노뇨증	E72.1	V117
메타이오노혈증	E72.1	V117
고호모시스테인혈증	E72.1	V117
요소회로대사장애	E72.2	V117
아르지닌숙신산뇨	E72.2	V117
시트룰린혈증	E72.2	V117
아르지닌혈증	E72.2	V117
고암모니아혈증	E72.2	V117
라이신 및 하이드록시라이신대사장애	E72.3	V117
하이드록시라이신혈증	E72.3	V117
글루타르산뇨	E72.3	V117
고라이신혈증	E72.3	V117
오르니틴대사장애	E72.4	V117
오르니틴혈증(I, II형)	E72.4	V117
오르니틴트랜스카바미라제결핍	E72.4	V117
글라이신대사장애	E72.5	V117
사르코신혈증	E72.5	V117
비케톤고글라이신혈증	E72.5	V117
고하이드록시프롤린혈증	E72.5	V117
고프롤린혈증(I, II형)	E72.5	V117
감마글루타미화로의 장애	E72.8	V117
베타아미노산대사장애	E72.8	V117
선천성 젖당분해효소결핍	E73.0	V117
글리코젠축적병 1b형 A	E74.0	V117
글리코젠합성효소결핍	E74.0	V117
코리병	E74.0	V117
타루이병	E74.0	V117
폼페병	E74.0	V117

맥아들병	E74.0	V117
글리코젠축적병	E74.0	V117
포르비스병	E74.0	V117
폰기에르케병	E74.0	V117
간인산화효소결핍	E74.0	V117
허스병	E74.0	V117
심장글리코젠증	E74.0	V117
안데르센병	E74.0	V117
갈락토스혈증	E74.2	V117
갈락토스대사장애	E74.2	V117
갈락토카이네이스결핍	E74.2	V117
포스포에놀피루브산염카르복 시카이네이스의 결핍	E74.4	V117
피루브산염대사 및 포도당신 합성 장애	E74.4	V117
탈수소효소피루브산염의 결핍	E74.4	V117
카복실라이스피루브산염의 결 핍	E74.4	V117
옥살산뇨	E74.8	V117
샌드호프병	E75.0	V117
GM ₂ -강글리오시드증	E75.0	V117
연소형 GM ₂ -강글리오시드증	E75.0	V117
테아-삭스병	E75.0	V117
GM ₂ -강글리오시드증 NOS	E75.0	V117
성인형 GM ₂ -강글리오시드증	E75.0	V117
강글리오시드증 NOS	E75.1	V117
유코지질증 IV	E75.1	V117
GM ₁ -강글리오시드증	E75.1	V117
GM ₃ -강글리오시드증	E75.1	V117
파브리(-앤더슨)병	E75.2	V117
니만-픽병	E75.2	V117
화버증후군	E75.2	V117
크리베병	E75.2	V117
설파테이스결핍	E75.2	V117
이영성 백질디스트로피	E75.2	V117
고웨병	E75.2	V117
신경세포세로이드라이포푸스 신증	E75.4	V117
스필마이아-보그트병	E75.4	V117
쿠프스병	E75.4	V117
바텐병	E75.4	V117
얀스카-빌쇼스키병	E75.4	V117
월만병	E75.5	V117
대뇌간의 콜레스테롤증[밴보 게르트-셰라-엘스타인]	E75.5	V117
I 형 점액다당류증	E76.0	V117
혈러증후군	E76.0	V117
혈라-사이에증후군	E76.0	V117
사이에증후군	E76.0	V117
II형 점액다당류증	E76.1	V117
헌더증후군	E76.1	V117
모르키오 (-유사)(고전적) 증 후군	E76.2	V117
마로토-라미 (경도)(중증) 증	E76.2	V117

후군		
베타-글루쿠론산분해효소결핍	E76.2	V117
III, IV, VI, VII형 점액다당류 증	E76.2	V117
산필립포 (B형)(C형)(D형) 증 후군	E76.2	V117
유코지질증III[거짓혈라다발디 스트로피]	E77.0	V117
유코지질증II[I-세포병]	E77.0	V117
라이소솜효소의 번역후 수정 의 결손	E77.0	V117
푸고스축적증	E77.1	V117
시알산증[유코지질증 I]	E77.1	V117
당단백질분해의 결손	E77.1	V117
아스파르틸글루코사민뇨	E77.1	V117
마노스축적증	E77.1	V117
레쉬-니한증후군	E79.1	V221
유전성 코프로포르피린증	E80.2	V118
포르피린증 NOS	E80.2	V118
급성 간혈성 (간성) 포르피린 증	E80.2	V118
구리대사장애	E83.0	V119
멘케스(교인모발)(강모)병	E83.0	V119
월슨병	E83.0	V119
혈색소증	E83.1	V255
산성인산분해효소결핍	E83.3	V189
가족성 저인산혈증	E83.3	V189
저인산효소증	E83.3	V189
비타민D저항골연화증	E83.3	V189
비타민D저항구루병	E83.3	V189
인대사 및 인산분해효소 장애	E83.3	V189
폐증상을 동반한 남성 섬유증	E84.0	V120
장증상을 동반한 남성 섬유증	E84.1	V120
남성 섬유증에서의 태변장폐 색 (P75*)	E84.1	V120
원위장폐쇄증후군	E84.1	V120
유전성 아밀로이드 신장병증	E85.0	V121
비신경병성 유전가족성 아밀 로이드증	E85.0	V121
가족성 지중해열	E85.0	V121
아밀로이드다발신경병증(포르 투갈)	E85.1	V121
신경병성 유전가족성 아밀로 이드증	E85.1	V121
상세불명의 유전가족성 아밀 로이드증	E85.2	V121
기관관정아밀로이드증	E85.4	V121
국소적 아밀로이드증	E85.4	V121
카다실	F01.1	V122
레트증후군	F84.2	V122
뇌전증에 동반된 후천성 실어 증(失語症)[란다우-클레프너]	F80.3	V256
헌팅톤병	G10	V123

헌팅턴무도병	G10	V123
선천성 비진행성 운동실조	G11.0	V123
조기발병 소뇌성 운동실조(발병은 보통 20세 이전)	G11.1	V123
X-연관 열성 척수소뇌성 운동실조	G11.1	V123
보유된 함몰반사율(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
마이오글로누스[헌트운동실조]을(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
본태성 떨림을(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
프리드라이히운동실조(보통염색체열성)	G11.1	V123
만기발병 소뇌성 운동실조(발병은 보통 20세 이후)	G11.2	V123
DNA복구결손을 수반한 소뇌성 운동실조	G11.3	V123
모세혈관확장성 운동실조[루아-비]	G11.3	V123
유전성 강직성 허반신마비	G11.4	V123
기타 유전성 운동실조	G11.8	V123
상세불명의 유전성 운동실조	G11.9	V123
유전성 소뇌의 변성	G11.9	V123
유전성 소뇌의 병	G11.9	V123
유전성 소뇌의 증후군	G11.9	V123
유전성 소뇌의 운동실조 NOS	G11.9	V123
영아척수성 근위축, I형[베르드니하-호프만]	G12.0	V123
기타 유전성 척수성 근위축	G12.1	V123
소아기의 진행성 연수마비[파지오-론데]	G12.1	V123
원위 척수성 근위축	G12.1	V123
어깨종아리형 척수성 근위축	G12.1	V123
소아형, II형 척수성 근위축	G12.1	V123
연소형, III형[쿠엘베르그-벨란데] 척수성 근위축	G12.1	V123
성인형 척수성 근위축	G12.1	V123
운동신경세포병(단, 기타 및 상세불명의 운동신경세포병(G12.28)은 제외)	G12.2	V123
기타 척수성 근위축 및 관련 증후군	G12.8	V123
상세불명의 척수성 근위축	G12.9	V123
할러포르덴-스파츠병	G23.0	V257
색소성 담창구변성	G23.0	V257
진행성 핵상안근마비 [스탈리차드슨-올스제위스키]	G23.1	V190
아급성 과사성 뇌병증[리이]	G31.81	V208
다발경화증	G35	V022
뇌간(~의) 다발경화증	G35	V022
척수(~의) 다발경화증	G35	V022
다발경화증 NOS	G35	V022
전신성(~의) 다발경화증	G35	V022

파종성(~의) 다발경화증	G35	V022
시신경척수염[대박병]	G36.0	V276
레녹스-가스트증후군	G40.4	V233
웨스트증후군	G40.4	V233
긴장-간대성 뇌전증지속상태	G41.0	V125
대발작 뇌전증지속상태	G41.0	V125
소발작뇌전증지속상태	G41.1	V125
뇌전증 압상스지속상태	G41.1	V125
복합부분뇌전증지속상태	G41.2	V125
기타 뇌전증지속상태	G41.8	V125
상세불명의 뇌전증지속상태	G41.9	V125
발작수면 및 허탈발작	G47.4	V234
멜커슨증후군	G51.2	V167
멜케르손-로젠탈증후군	G51.2	V167
데제란-소타스병	G60.0	V169
루사-레비증후군	G60.0	V169
영아기의 비대성 신경병증	G60.0	V169
유전성 운동 및 감각 신경병증 I-IV형	G60.0	V169
유전성 운동 및 감각 신경병증	G60.0	V169
샤르코-마리-투스질환	G60.0	V169
비골근위축(축삭형, 비대형)	G60.0	V169
길랭-바레증후군	G61.0	V126
밀러휘셔증후군	G61.0	V126
다초점 운동신경병증	G61.8	V126
만성 염증성 탈수초성 다발신경병증	G61.8	V126
중증근무력증	G70.0	V012
선천성 및 발달성 근무력증	G70.2	V012
조기수축을 동반하는 양성 어깨종아리[에머라-드라이프스] 근디스트로피	G71.0	V012
뒤센 또는 베커와 유사한 보통염색체열성, 소아형 근디스트로피	G71.0	V012
눈 근디스트로피	G71.0	V012
어깨종아리 근디스트로피	G71.0	V012
근디스트로피	G71.0	V012
중증[뒤센] 근디스트로피	G71.0	V012
양성[베커] 근디스트로피	G71.0	V012
눈인두성 근디스트로피	G71.0	V012
지대 근디스트로피	G71.0	V012
원위성 근디스트로피	G71.0	V012
얼굴어깨팔 근디스트로피	G71.0	V012
근긴장장애	G71.1	V012
거짓근긴장증	G71.1	V012
신경근육긴장[아이작스]	G71.1	V012
중상성 근긴장증	G71.1	V012
선천성 근긴장증 NOS	G71.1	V012
열성[베커] 선천성 근긴장증	G71.1	V012
우성[통슨] 선천성 근긴장증	G71.1	V012
연골형성장애성 근긴장증	G71.1	V012

근간장디스트로피[스타이너트]	G71.1	V012
선천성 이상근간장증	G71.1	V012
다발성 병	G71.2	V012
선천성 근병증	G71.2	V012
근섬유의 특정 형태이상을 동반한 선천성 근디스트로피 (G71.2)	G71.2	V012
미세심 병	G71.2	V012
네말린근병증	G71.2	V012
선천성 근디스트로피 NOS	G71.2	V012
근세관성 (중심핵성) 근병증	G71.2	V012
중심핵 병	G71.2	V012
근섬유형 불균형	G71.2	V012
달리 분류되지 않은 미토콘드리아근병증	G71.3	V012
멜라스증후군	G71.3	V012
유전성 근병증 NOS	G71.9	V012
주기파(가족성) 저칼륨혈성	G72.3	V258
람 베 르 트 - 이 톤 증 후 군 (C00-D48†)	G73.1*	V259
복합부위통증증후군 I형	G90.5	V177
복합부위통증증후군 II형	G90.6	V168
척수공동증 및 연수공동증	G95.0	V172
원추각막	H18.6	V307
맥락막결손	H31.2	V295
코초망막병증	H35.0	V260
색소망막염	H35.51	V209
스타르가르트병	H35.58	V209
레베르선천성흑암시	H35.59	V209
상세물명의 유전성 망막디스트로피	H35.59	V209
컨스-세이어증후군	H49.8	V261
원발성 폐동맥고혈압	I27.0	V202
아이젠먼거복합	I27.8	V226
아이젠먼거증후군	I27.8	V226
비가역적 확장성 심근병증	I42.0	V127
폐색성 비대성 심근병증	I42.1	V127
비대성 대동맥판하협착	I42.1	V127
비폐색성 비대성 심근병증	I42.20	V127
심내막심근(호산구성)병	I42.3	V127
심내막심근(열대성)섬유증	I42.3	V127
리플러심내막염	I42.3	V127
심내막탄력섬유증	I42.4	V127
선천성 심근병증	I42.4	V127
긴QT증후군	I49.82	V296
모야모야병	I67.5	V128
폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1	V129
유전성 출혈성 모세혈관확장증	I78.0	V297
랑뒤-오슬라-웨버병	I78.0	V235
버드-키리리증후군	I82.0	V173
폐포단백질증	J84.0	V222
특발성 폐섬유증	J84.1	V236

불완전상아질형성	K00.51	V310
소장의 크론병	K50.0	V130
대장의 크론병	K50.1	V130
소장 및 대장 모두의 크론병	K50.8	V130
원발성 담즙성 경변증	K74.3	V174
자기면역성 간염	K75.4	V175
원발성 담관염/경화성 담관염 (두 상병 진단기준 모두 충족하는 경우)	K83.0	V262
보통천포창	L10.0	V132
낙엽천포창	L10.2	V210
수포성 유사천포창	L12.0	V211
홍터유사천포창	L12.1	V212
양성 점막유사천포창	L12.1	V212
후천성 수포성 표피박리증	L12.3	V176
중증 화농성 한선염	L73.22	V309
성인발병 스틸병	M06.1	V298
류마티스인자가 있거나 없는 연소성 류마티스관절염	M08.0	V133
연소성 류마티스관절염	M08.0	V133
연소성 강직척추염	M08.1	V133
전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2	V133
(혈청검사음성인) 연소성 다발관절염	M08.3	V133
만성 연소성 다발관절염	M08.3	V133
결절성 다발동맥염	M30.0	V134
폐침범을 동반한 다발동맥염 [처그-스트라우스]	M30.1	V134
연소성 다발동맥염	M30.2	V134
굿파스처증후군	M31.0	V135
혈전성 혈소판감소성 자반	M31.1	V135
혈전성 미세혈관병증	M31.1	V135
베게너육아종증	M31.3	V135
괴사성 호흡기육아종증	M31.3	V135
대동맥궁증후군[다카아슈]	M31.4	V135
현미경적 다발동맥염	M31.7	V238
기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스	M32.1	V136
심내막염 동반 전신홍반루푸스(I39.8*)	M32.1	V136
리브만-삭스병(I39.0*)	M32.1	V136
루푸스 심장낭염(I32.8*)	M32.1	V136
폐침범 동반 전신홍반루푸스(J99.1+)	M32.1	V136
사구체질환 동반 전신홍반루푸스(N08.5*)	M32.1	V136
세뇨관-간질신장병증 동반 전신홍반루푸스(N16.4*)	M32.1	V136
신장침범 동반 전신홍반루푸스(N08.5*, N16.4*)	M32.1	V136
전신홍반루푸스에서 뇌염 (G05.8*)	M32.1	V136

전신홍반루푸스에서 근병증(G73.7*)	M32.1	V136
전신홍반루푸스에서 대뇌동맥염(I68.2*)	M32.1	V136
연소성 피부근염	M33.0	V137
기타 피부근염	M33.1	V137
다발근염	M33.2	V137
진행성 전신경화증	M34.0	V138
크레스트증후군	M34.1	V138
석회증, 레이노현상, 식도기능장애, 경지증(硬地症), 모세혈관확장의 조합	M34.1	V138
폐침범을 동반한 전신경화증(J99.1*)	M34.8	V138
근병증을 동반한 전신경화증(G73.7*)	M34.8	V138
근병증(를) 동반한 췌관증후군(G73.7*)	M35.0	V139
폐침범(를) 동반한 췌관증후군(J99.1*)	M35.0	V139
건조증후군[췌관]	M35.0	V139
각막결막염(를) 동반한 췌관증후군(H19.3*)	M35.0	V139
신세뇨관-간질성 장애(를) 동반한 췌관증후군(N16.4*)	M35.0	V139
혼합결합조직병	M35.1	V139
베체트병	M35.2	V139
류마티스성 다발근통	M35.3	V139
미만성(호산구성) 근막염	M35.4	V139
다초점 섬유경화증	M35.5	V139
재발성 지방총염[웨버-크리스찬]	M35.6	V139
진행성 골화성유형성이상	M61.1	V224
두개골의 파절병	M88.0	V213
기타 뼈의 파절병	M88.8	V213
상세불명의 뼈의 파절병	M88.9	V213
수근반달뼈의 골연골증(연소성) [근복]	M92.2	V299
성인의 칸복병	M93.1	V299
재발성 다발연골염	M94.1	V178
소사구체이상을 동반한 선천성 신증후군	N04.0	V263
최소변화변형을 동반한 선천성 신증후군	N04.0	V263
초점성 및 분절성 사구체병변을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
초점성 및 분절성 유리질증을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
초점성 및 분절성 경화증을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
초점성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
미만성 막성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.2	V263
미만성 메산지음 증식성 사구	N04.3	V263

체신염을 동반한 선천성 신증후군		
미만성 모세혈관내 증식성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.4	V263
미만성 메산지음 모세혈관성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.5	V263
막증식성 사구체신염, 1형, 3형 또는 NOS를 동반한 선천성 신증후군	N04.5	V263
고밀도침착병을 동반한 선천성 신증후군	N04.6	V263
막증식성 사구체신염, 2형을 동반한 선천성 신증후군	N04.6	V263
미만성 반월형 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.7	V263
모세혈관외 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.7	V263
신장성 요붕증	N25.1	V141
덴다-워커증후군	Q03.1	V239
무뇌이랑증	Q04.3	V214
큰뇌이랑증	Q04.3	V214
분열뇌증	Q04.6	V240
수두증을 동반한 이분경추	Q05.0	V179
수두증을 동반한 이분흉추	Q05.1	V179
수두증을 동반한 이분흉요추	Q05.1	V179
수두증을 동반한 이분척추	Q05.1	V179
수두증을 동반한 이분요추	Q05.2	V179
수두증을 동반한 이분요천추	Q05.2	V179
수두증을 동반한 이분천추	Q05.3	V179
수두증을 동반한 상세불명의 이분척추	Q05.4	V179
수두증이 없는 이분경추	Q05.5	V179
수두증이 없는 이분흉추	Q05.6	V179
이분흉요추 NOS	Q05.6	V179
이분척추 NOS	Q05.6	V179
이분요천추 NOS	Q05.7	V179
수두증이 없는 이분요추	Q05.7	V179
수두증이 없는 이분천골	Q05.8	V179
상세불명의 이분척추	Q05.9	V179
척수이개증	Q06.2	V180
아놀드-키아리증후군	Q07.0	V143
(외)이도의 선천성 결여, 폐쇄, 협착	Q16.1	V291
소이증(小耳症)	Q17.2	V291
총동맥간	Q20.0	V144
동맥간존속	Q20.0	V144
타우시그-빙증후군	Q20.1	V144
이중출구우심실	Q20.1	V144
이중출구좌심실	Q20.2	V144
대혈관의 (완전)전위	Q20.3	V144
심실대혈관연결불일치	Q20.3	V144
대동맥의 우측전위	Q20.3	V144
단일심실	Q20.4	V225

수정혈관전위	Q20.5	V144
방실연결불일치	Q20.5	V144
좌측전위	Q20.5	V144
심실내번	Q20.5	V144
방실중격결손	Q21.2	V269
총방실관	Q21.2	V269
심내막융기결손	Q21.2	V269
제1공심방중격결손(Ⅰ형)	Q21.2	V269
팔로네징후	Q21.3	V269
폐동맥 협착 또는 폐쇄, 대동맥의 우측위치 및 우심실비대를 동반한 심실중격결손	Q21.3	V269
대동맥폐동맥창	Q21.4	V269
대동맥폐동맥중격결손	Q21.4	V269
대동맥중격결손	Q21.4	V269
아이젠너거결손	Q21.8	V226
폐동맥판폐쇄	Q22.0	V145
삼첨판폐쇄	Q22.4	V146
에브스타인이상	Q22.5	V146
형성저하성 우심증후군	Q22.6	V146
대동맥판의 선천협착	Q23.0	V147
선천성 대동맥판폐쇄	Q23.0	V147
선천성 대동맥판협착	Q23.0	V147
이첨대동맥판막	Q23.1	V147
선천성 대동맥판기능부전	Q23.1	V147
대동맥판의 선천성 기능부전	Q23.1	V147
선천성 대동맥판류역류	Q23.1	V147
선천성 승모판협착	Q23.2	V147
선천성 승모판폐쇄	Q23.2	V147
선천성 승모판기능부전	Q23.3	V147
(승모판 협착 또는 폐쇄와 함께) 상행대동맥의 형성저하와 좌심실의 결손발육을 동반하는 대동맥구멍 및 판막의 폐쇄 또는 현저한 발육부전	Q23.4	V147
형성저하성 좌심증후군	Q23.4	V147
대동맥판 및 승모판의 기타 선천기형	Q23.8	V147
대동맥판 및 승모판의 상세불명의 선천기형	Q23.9	V147
선천성 대동맥판협착	Q24.4	V270
관상동맥혈관의 기형	Q24.5	V148
선천성 관상동맥류	Q24.5	V148
선천성 심장차단	Q24.6	V271
대동맥의 축착	Q25.1	V272
대동맥의 축착(관전, 관후)	Q25.1	V272
대동맥의 폐쇄	Q25.2	V272
판막상부 대동맥협착	Q25.3	V272
대동맥의 협착	Q25.3	V272
폐동맥의 폐쇄	Q25.5	V149
대정맥의 선천성 협착	Q26.0	V150
(하)(상)대정맥의 선천성 협착	Q26.0	V150
좌상대정맥존속	Q26.1	V150
전폐정맥결합이상	Q26.2	V150

부분폐정맥결합이상	Q26.3	V150
상세불명의 폐정맥결합이상	Q26.4	V150
문맥결합이상	Q26.5	V150
문맥-간동맥루	Q26.6	V150
무설증(無舌症)	Q38.3	V241
담관의 폐쇄	Q44.2	V181
다낭성 신장, 보통염색체열성	Q61.1	V264
다낭성 신장, 영아형	Q61.1	V264
다낭성 신장, 보통염색체우성	Q61.2	V264
방광외반	Q64.1	V227
방광이소증	Q64.1	V227
방광외번	Q64.1	V227
선천성 다발관절만곡증	Q74.3	V292
두개골융합	Q75.0	V265
뾰족머리증(Acrocephaly)	Q75.0	V265
두개골의 불완전융합	Q75.0	V265
뾰족머리증(Oxycephaly)	Q75.0	V265
삼각머리증	Q75.0	V265
크루존병	Q75.1	V151
두개안면골이골증	Q75.1	V151
하악안면골이골증	Q75.4	V182
프란체스케티 증후군	Q75.4	V182
트레차-콜린스 증후군	Q75.4	V182
연골무발생증	Q77.0	V228
연골발생저하증	Q77.0	V228
치사성 단신	Q77.1	V228
질식성 흉부형성이상[쥐느]	Q77.2	V228
짧은늑골증후군	Q77.2	V228
점상 연골형성이상	Q77.3	V228
어깨고관절 점상 연골형성이상(1형-3형)	Q77.3	V228
X-연관 우성 연골형성이상	Q77.3	V228
연골무형성증	Q77.4	V228
연골형성저하증	Q77.4	V228
선천성 골경화증	Q77.4	V228
디스트로피성 형성이상	Q77.5	V228
엘리스-반크레벨트증후군	Q77.6	V228
연골외배엽형성이상	Q77.6	V228
척추골단형성이상	Q77.7	V228
만발성 척추골단형성이상	Q77.7	V228
관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 기타 골연골형성이상	Q77.8	V228
말단외소 형성이상	Q77.8	V228
관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 상세불명의 골연골형성이상	Q77.9	V228
불완전골형성	Q78.0	V183
골취약증(Fragilitas ossium)	Q78.0	V183
골취약증(Osteopsathyrosis)	Q78.0	V183
다골성 섬유성 형성이상	Q78.1	V154
알브라이트(-맥쿤)(-스텐버그) 증후군	Q78.1	V154
골화석증	Q78.2	V229
알베르스-손베르그증후군	Q78.2	V229

카우리타-앵겔만증후군	Q78.3	V266
내연골종증	Q78.4	V230
마푸치증후군	Q78.4	V230
올리에르병	Q78.4	V230
필레증후군	Q78.5	V215
다발선천외골증	Q78.6	V242
공간병적조직연결	Q78.6	V242
유전성 다발외골증	Q78.6	V242
선천성 횡격막탈장	Q79.0	V155
횡격막결여	Q79.1	V155
횡격막 탈출	Q79.1	V155
횡격막의 기타 선천기형	Q79.1	V155
횡격막의 선천기형 NOS	Q79.1	V155
배꼽내장탈장	Q79.2	V155
선천복벽탈장	Q79.2	V155
복벽파열증	Q79.3	V155
말린자두배증후군	Q79.4	V155
복벽의 기타 선천기형	Q79.5	V155
엘러스-단로스증후군	Q79.6	V155
근골격계통의 기타 선천기형	Q79.8	V155
부근	Q79.8	V155
선천성 짧은힘줄	Q79.8	V155
근육의 결여	Q79.8	V155
폴란드증후군	Q79.8	V155
힘줄의 결여	Q79.8	V155
선천성 근위축	Q79.8	V155
선천성 협착띠	Q79.8	V155
근골격계통의 상세불명의 선 천기형	Q79.9	V155
근골격계통의 선천이상 NOS	Q79.9	V155
근골격계통의 선천변형 NOS	Q79.9	V155
X-연관비늘증	Q80.1	V300
X-연관비늘증, 스테로이드설 파타제결핍	Q80.1	V300
할리퀸태아	Q80.4	V300
치사성 수포성 표피박리증	Q81.1	V184
헤롤리츠증후군	Q81.1	V184
디스트로피성 수포성 표피박 리증	Q81.2	V184
신경성유종증(비악성)	Q85.0	V156
폰렉클링하우젠병	Q85.0	V156
신경성유종증(비악성) 1형, 2 형	Q85.0	V156
결절성 경화증	Q85.1	V204
에필로이아	Q85.1	V204
부르느뉴병	Q85.1	V204
폰 히펠-린다우 증후군	Q85.8	V216
포이츠-제거스 증후군	Q85.8	V216
스터자-베버(-디미트리) 증후 군	Q85.8	V216
(이상형태성) 태아알코올증후 군	Q86.0	V157
고란-사우드라-모스 증후군	Q87.0	V185
주로 얼굴형대에 영향을 주는	Q87.0	V185

선천기형증후군		
잠복안구증후군	Q87.0	V185
골탄하 증후군	Q87.0	V185
로빈 증후군	Q87.0	V185
첨두다지유합증	Q87.0	V185
첨두유합지증	Q87.0	V185
단안증	Q87.0	V185
외비우스 증후군	Q87.0	V185
입-얼굴-손발 증후군	Q87.0	V185
휘파람부는 얼굴	Q87.0	V185
카펜터 증후군	Q87.0	V185
드 랑즈 증후군	Q87.1	V158
두보위츠 증후군	Q87.1	V158
프라다-윌리 증후군	Q87.1	V158
로비노-실버만-스미스 증후군	Q87.1	V158
시클 증후군	Q87.1	V158
주로 단신과 관련된 선천기형 증후군	Q87.1	V158
아르스코그 증후군	Q87.1	V158
코케인 증후군	Q87.1	V158
누난 증후군	Q87.1	V158
러셀-실버 증후군	Q87.1	V158
스미스-렘라-오피츠 증후군	Q87.1	V158
웨그랜-리슨 증후군	Q87.1	V158
루빈스타인-테이비 증후군	Q87.2	V243
바테르 증후군	Q87.2	V243
클리펠-트레노우네아-베버 증 후군	Q87.2	V243
홀트-오람 증후군	Q87.2	V243
손발통무릎뼈 증후군	Q87.2	V243
소투스 증후군	Q87.3	V244
위버 증후군	Q87.3	V244
마르팡증후군	Q87.4	V186
알포트 증후군	Q87.8	V267
로렌스-문(-바르데)-비들 증 후군	Q87.8	V267
절웨거 증후군	Q87.8	V267
최지 증후군	Q87.8	V267
21삼염색체증, 감수분열비분 리	Q90.0	V159
21삼염색체증, 섞임증형(유사 분열비분리)	Q90.1	V159
21삼염색체증, 전위	Q90.2	V159
21삼염색체증 NOS	Q90.9	V159
18삼염색체증, 감수분열비분 리	Q91.0	V160
18삼염색체증, 섞임증형(유사 분열비분리)	Q91.1	V160
18삼염색체증, 전위	Q91.2	V160
13삼염색체증, 감수분열비분 리	Q91.4	V160
13삼염색체증, 섞임증형(유사 분열비분리)	Q91.5	V160
13삼염색체증, 전위	Q91.6	V160

	13삼염색체중후군	Q91.7	V160
	5번 염색체 단완의 결손	Q93.4	V205
	고양이울음중후군	Q93.4	V205
	캐처22중후군	Q93.5	V217
	엔젤만중후군	Q93.5	V217
	스미스-마제니스 증후군	Q93.5	V217
	윌리엄스 증후군	Q93.5	V217
	핵형45, X	Q96.0	V021
	핵형46, X동인자(Xq)	Q96.1	V021
	동인자(Xq)를 제외한 이상 성 염색체를 가진 핵형46, X	Q96.2	V021
	췌임증, 45, X/46, XX 또는 XY	Q96.3	V021
	췌임증, 이상성염색체를 가진 45, X/기타 세포열	Q96.4	V021
	클라인펠터중후군, 핵형 47, XXY	Q98.0	V218
	클라인펠터중후군, 두 개 이상의 X염색체를 가진 남성	Q98.1	V218
	클라인펠터중후군, 핵형 46, XX를 가진 남성	Q98.2	V218
	취약X중후군	Q99.2	V245
III	"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 극하귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V900
IV	"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 기타염색체이상질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V901
V	"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 상세불명화귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V999

주) "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「중증난치질환자(중증치매 제외) 산정특례대상」 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

【별표】

본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병 및 수술명

약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 중증화상은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023. 6. 1시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨3]에 해당하는 아래의 상병명 및 수술명을 말합니다.

<중증도 기준>

구분	상병명	상병코드
1	머리 및 목의 2도 화상	T20.2
	몸통의 2도 화상	T21.2
	손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 2도 화상	T22.2
	손목 및 손의 2도 화상	T23.2
	발목 및 발을 제외한	T24.2
	발목 및 발의 2도 화상	T25.2
	상세불명 신체부위의 2도 화상	T30.2
2	머리 및 목의 3도 화상	T20.3
	몸통의 3도 화상	T21.3
	손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 3도 화상	T22.3
	손목 및 손의 3도 화상	T23.3
	발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 3도 화상	T24.3
	발목 및 발의 3도 화상	T25.3
	상세불명 신체부위의 3도 화상	T30.3
3	머리 및 목의 3도 화상 중 안면부에 수상한 경우	T20.3
	몸통의 3도 화상 중 성기 또는 회음부에 수상한 경우	T21.3
	손목 및 손의 3도 화상	T23.3
	발목 및 발의 3도 화상	T25.3
	눈 및 부속기의 화상	T26.0~T26.4
4	호흡기도의 화상	T27.0~T27.3
	기타 내부기관의 화상	T28.0~T28.3

<체표면적 기준>

구분	상병명	상병코드
1	신체표면의 20~29%를 침범한 화상	T31.2
	신체표면의 30~39%를 침범한 화상	T31.3
	신체표면의 40~49%를 침범한 화상	T31.4
	신체표면의 50~59%를 침범한 화상	T31.5
	신체표면의 60~69%를 침범한 화상	T31.6
	신체표면의 70~79%를 침범한 화상	T31.7
	신체표면의 80~89%를 침범한 화상	T31.8
	신체표면의 90%이상을 침범한 화상	T31.9
2	신체표면의 10~19%를 침범한 화상	T31.1
	신체표면의 20~29%를 침범한 화상	T31.2
	신체표면의 30~39%를 침범한 화상	T31.3
	신체표면의 40~49%를 침범한 화상	T31.4
	신체표면의 50~59%를 침범한 화상	T31.5
	신체표면의 60~69%를 침범한 화상	T31.6

신체표면의 70-79%를 침범한 화상	T31.7
신체표면의 80-89%를 침범한 화상	T31.8
신체표면의 90%이상을 침범한 화상	T31.9

<수술명 및 수술코드>

구분	상병명	상병코드
1	반흔구축성형술(운동제한이 있는 것)	N0241
2	반흔구축성형술 및 식피술(운동제한이 있는 것)	N0242 N0243 N0244 N0245 N0246 N0247 NA241 NA242 NA243
3	반흔구축성형술 및 국소피판술(운동제한이 있는 것)	N0249

주) 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표8】

중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 「중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상」은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023. 6. 1시행)" 제5조 별표4의 2(중증난치질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

구분	상병명	상병코드	특정기호
I	아래 상병으로 등록하여 해당 상병 및 이와 직접 관련된 외래진료 또는 입원진료		
	조기발병 알츠하이머병에서의 치매(G30.0†)	F00.0	V800
	알츠하이머병 2형(G30.0†)	F00.0	V800
	초로성 치매, 알츠하이머형(G30.0†)	F00.0	V800
	알츠하이머형의 원발성 퇴행성 치매, 초로성 발병(G30.0†)	F00.0	V800
	피크병에서의 치매(G31.00†)	F02.0	V800
	조기발병을 수반한 알츠하이머병	G30.0	V800
	피크병	G31.00	V800
	전두측두치매	G31.00	V800
	의마변이원발진행실어증	G31.01	V800
	비유창원발진행실어증	G31.02	V800
	로그폐닉원발진행실어증	G31.03	V800
	달리 분류되지 않은 원발진행실어증	G31.04	V800
	진행성 고립성 실어증	G31.04	V800
	루이스체치매(F02.8*)	G31.82	V800
II	아래 상병으로 등록하여 다음 중 한 가지 상황 발생 시, 해당 상병과 직접 관련된 외래진료 또는 입원진료를 받은 경우 등록일 기준 매년 최대 60일. 단, 의료법 제3조제2항제3호라목의 요양병원을 제외한 병원급 이상 의료기관에서 신경과 또는 정신과 전문의가 의료적으로 필요하다고 인정한 경우 60일 추가 인정		
	① 치매 및 치매와 직접 관련되어 중증의 의료적 필요가 발생하여 입원 및 외래진료가 필요한 경우		
	② 문제행동이 지속적으로 심하여 잦은 통원 혹은 입원치료가 필요한 경우		
	③ 급속한 치매 증상의 악화로 의료적 재접근이 필요한 경우		
	④ 급성 섬망 상태로 치료가 필요한 경우		
	만기발병 알츠하이머병에서의 치매(G30.1†)	F00.1	V810
	알츠하이머병 1형(G30.1†)	F00.1	V810
	알츠하이머형의 원발성 퇴행성 치매, 노년발병(G30.1†)	F00.1	V810
	알츠하이머형의 노년성 치매(G30.1†)	F00.1	V810
	비정형 또는 혼합형 알츠하이머병에서의 치매(G30.8†)	F00.2	V810

비정형치매, 알츠하이머형(G30.8†)	F00.2	V810
급성 발병의 혈관성 치매	F01.0	V810
다발-경색치매	F01.1	V810
주로 피질성 치매	F01.1	V810
피질하 혈관성 치매	F01.2	V810
혼합형 피질 및 피질하 혈관성 치매	F01.3	V810
만기발병을 수반한 알츠하이머병	G30.1	V810

주) "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상」 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부 부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

【별표9】

중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023. 6. 1시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정 기호
【별표3-1(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)】에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 【별표3-2(본인일부 부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)】에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일	V191
【별표3-1(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)】에서 160~162에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일. 단, 【별표3-2(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)】에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
【별표3-1(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)】에서 163에 해당하는 상병의 뇌경색증환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원진료중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일. 단, 【별표3-2(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)】에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275

주) "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부 부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

【별표10】

중증질환자(심장질환) 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 「중증질환자 심장질환 산정특례대상」은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023. 6. 1시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정 기호
【별표4-1(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병)】에 해당하는 상병의 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 【별표4-2(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술)】에 해당하는 수술 또는 【별표4-3(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 억제성분)】에 해당하는 약제를 투여받은 경우 최대 30일. 단, 【별표4-1(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병)】에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 【별표4-2(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술)】에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V192

주) "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「중증질환자 심장질환 산정특례대상」 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

【별표11】

중증화상환자 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 「중증화상환자 산정특례대상」은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023. 6. 1시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정 기호
다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 산정특례 대상으로 등록된 중증화상환자가 적용일부터 1년간 해당 상병으로 진료를 받는 경우 *단, 등록기간 종료 후 2년 이내에 【별표7(본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)】의 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있음(V306은 제외)	
【별표7(본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)】에서 중증도 기준의 제1호 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 제1호 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V247
【별표7(본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)】에서 중증도 기준의 제2호 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 제2호 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V248
【별표7(본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)】의 상병 중 제3호에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)으로 입원진료를 받는 경우	V305
【별표7(본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)】의 상병 중 제3호에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)에 대해 외래진료를 받은 환자가 수상(受傷)한 날부터 3년 이내에 입원하여 (【별표7(본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)】의 수술을 받는 경우	V306
【별표7(본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)】의 중증도 중 제4호에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V250

주) "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「중증화상 산정특례대상」 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

【별표12】

중증외상환자 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 「중증외상환자 산정특례대상」은 "본인 일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2023-100호, 2023. 6. 1시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정 기호
손상중증도점수(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증 외상환자가 「응급의료에 관한 법률」 제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일	V273

주) "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「중증외상환자 산정특례대상」 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

무배당 갱신형 6대심장질환진단비보장
특별약관2404

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(건강보험/상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

○ 갱신형 보장

- 자동갱신 적용대상 특별약관의 보험기간은 5년만기 또는 10년만기(단, 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 5년 또는 10년 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다)로, 최초가입 후 5년 또는 10년마다 갱신을 통해 담보별 갱신종료보험나이까지 보장받을 수 있습니다.

【자동갱신 적용대상특약의 보험기간(예시)】

42세 피보험자가 갱신종료보험나이를 80세로 하여 5년만기 갱신형 보장을 가입하는 경우



- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 위험률의 변동 등)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 약관에 따라 보험금 지급사유 발생일이 계약일부터 일정기간(예: 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(OD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체보장 관련)

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음

성낙음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

8. 계약 전 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

9. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

○ 약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨

○ 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

○ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

**무배당 갱신형 6대심장질환진단비보장
특별약관2404**

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 갱신형 6대심장질환진단비보장 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하 「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

[1] 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험 수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강 진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

[2] 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

용어	정의
한국표준 질병 사인분류	제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상 질병(항목) 해당여부는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다. 진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+): 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*): 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

[3] 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균 공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.75%입니다.
계약자 적립액	장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
해약 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원

- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

④ 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 계약의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 계약의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진료비계산서 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- ① 소송제기
- ② 분쟁조정 신청
- ③ 수사기관의 조사
- ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유에 대한 조사 및 확인이 지연되는 경우
- ⑥ 제2절 보장조항 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.

④ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(알릴

의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제8조(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.

제9조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제10조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제11조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제13조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
 - ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 - ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 - ④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
 - ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등 기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는

부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제14조(사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 악용사용을 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.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제15조(보험계약의 성립)

- ① 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」 이라 함은 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등' 이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우

회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제17조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

① 서면교부

② 우편 또는 전자우편

③ 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

【약관의 중요한 내용에서】

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

계약자가 성명가입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

"전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우

② 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제18조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도

달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제19조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ① 보험종목
- ② 보험기간
- ③ 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
- ④ 계약자, 피보험자
- ⑤ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제20조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제18조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일

현재(계약일) : 2023년 4월 14일

→ 2023년 4월 14일 - 1988년 10월 2일

= 34년 6월 12일 = 35세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일

→ 계약해당일 : 10월 1일

예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일

→ 계약해당일 : 2월 말일

제21조(특별약관의 소멸)

이 계약의 특별약관의 소멸사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제22조(특별약관의 자동갱신)

① 이 특별약관의 보험기간은 보험증권에 기재된 보험기간으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(갱신시점의 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

② 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약이 끝나는 날의 다음날(이하 「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

① 갱신될 계약(이하 「갱신계약」이라 합니다)이 끝나는 날이 회사가 정한 기간내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것

③ 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

제23조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 계약의 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자를 포함합니다)가 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 계약을 해제합니다.

② 다만, 해제 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제24조(자동갱신 적용)

① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며,

보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정할 경우에는 갱신계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

㉔ 회사는 제22조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신보장계약 보험료에 대하여 갱신 전 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제5관 보험료의 납입

제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

㉑ 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받을 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드를 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

㉒ 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.

㉓ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 제12조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 제13조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제26조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제26조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)

주계약의 보장보험료의 납입이 면제된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 면제하지 않습니다.

제27조(보험료의 자동대출납입)

㉑ 계약자는 제28조(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 제35조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

㉒ 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

㉓ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

㉔ 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 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

㉕ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

㉑ 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 함

니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제12조(계약 전 알릴 의무), 제13조(알릴 의무 위반의 효과), 제14조(사기에 의한 계약), 제15조(보험계약의 성립) 및 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제13조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제30조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제19조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우, 출생예정일 이후 해지하였으나 태아가 출생 전이면 출생예정일 이후에 해당하는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

③ 제2항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 「태아가 출생하기 전」임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

④ 제18조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제31조의1(위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위 반사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제32조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【예시】

임원특약에 가입한 피보험자가 20일간 임원하였음에도 불구하고 임원확인서를 변조하여 임원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 임원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제33조(회사의 파산선고와 해지)

① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험금 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제31조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제35조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 회사는 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제36조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제37조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제38조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제39조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2023년 4월 1일에 발생하였음에도 2026년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제40조(약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

- ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제41조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른

전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제42조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
- ① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
- ② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
- ③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요 없어지는 경우
- ④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제43조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 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 경우

에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제44조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제45조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제46조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 5천만원까지(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 5천만원까지 보호됩니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

본 보험회사가 예금등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 별도로 최고 5천만원까지 보호합니다.(단, 연금저축보험은 다른 예금보호대상 금융상품과는 별도로 1인당 최고 5천만원까지 보호)

제2절 보장조항

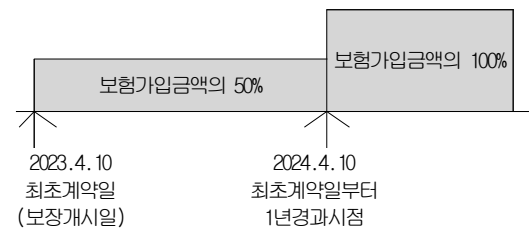
2-1. 갱신형 6대심장질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「6대심장질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 6대심장질환진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액	
	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일부터 1년경과시점 이후
6대심장질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

【6대심장질환진단비[예시]】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제22조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 「6대심장질환진단비」로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 6대심장질환진단비로 지급합니다

구분	지급금액
6대심장질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「6대심장질환」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 6대심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 6대심장질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병

원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(6대심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「6대심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표2(6대심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「6대심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사 면허를 가진자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초 하여야 합니다. 또한, 회사가 「6대심장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고, 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「6대심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「6대심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 6대심장질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

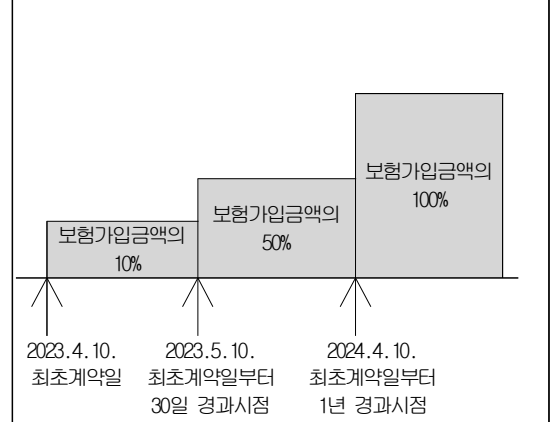
2-2. 갱신형 6대심장질환진단비II보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「6대심장질환」으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 6대심장질환진단비로 지급합니다. 다만, 아래의 「최초계약일부터 30일경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난날의 다음날을 말하며, 「최초계약일부터 1년경과시점」이라 함은 최초계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날을 말합니다.

구분	지급금액		
	최초계약일 부터 30일경과 시점 전일 이전	최초계약일 부터 30일경과 시점 이후 최초계약일 부터 1년경과시점 전일 이전	최초계약일 부터 1년경과시점 이후
6대심장질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입 금액의 10%	보험가입 금액의 50%	보험가입 금액의 100%

【6대심장질환진단비II【예시】】



② 제1항에도 불구하고 제1절 일반조항 제22조(특별약관의 자동갱신)에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자가 제1항에서 정한 「6대심장질환진단비」로 진단확정시에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 6대심장질환진단비로 지급합니다

구분	지급금액
6대심장질환 진단시 (단, 최초1회에 한하여 지급)	보험가입금액의 100%

③ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「6대심장질환」으로 사망한 사실이 확인된 경우

에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1항 및 제2항의 6대심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 6대심장질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(6대심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「6대심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표2(6대심장질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 「6대심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액 검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초 하여야 합니다. 또한, 회사가 「6대심장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고, 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- ① 보험기간 중 「6대심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- ② 부검감정서상 사인이 「6대심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 6대심장질환진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계

약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제1절 일반조항 제7조 제5항
및 제34조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (특별약관 제1조 일반조항 제34조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
- 주2) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 주3) 가산이율 적용시 제1절 일반조항 제7조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

6대심장질환 분류표

1. 약관에 규정하는 6대심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1.시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병		분류번호
1. 만성 류마티스심장질환	류마티스성 승모판질환	105
	류마티스성 대동맥판질환	106
	류마티스성 삼첨판질환	107
	다발판막질환	108
	기타 류마티스심장질환	109
2. 심장염증질환	급성 심장막염	130
	심장막의 기타 질환	131
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	132
	급성 및 아급성 심내막염	133
	상세불명 판막의 심내막염	138
	급성 심근염	140
3. 심근병증	달리 분류된 질환에서의 심근염	141
	심근병증	142
4. 부정맥	달리 분류된 질환에서의 심근병증	143
	발작성 빈맥	147
	심방세동 및 조동	148
5. 심부전	기타 심장부정맥	149
	심부전	150
6. 기타 심장질환	달리분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막장애	139.8
	중증 방실차단	방실차단, 2도 144.1 완전방실차단 144.2
	기타 및 상세불명의 심방실차단	144.3
	인공소생 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지 146.0

대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

제9차 개정 이후 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부는

진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단서 상의 분류번호는 진단 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보상하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보상하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

무배당 운전자 비용 및 상해보장 특별약관2404

메 리 츠 화 재 해 상 보 험 주 식 회 사

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 상해 및 질병관련 보장(상해보험)

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 갱신형 보장 및 갱신계약 보험료의 변동 등에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

□ 기타 유의사항

○ 보험료 납입면제에 관한 사항

- 이 특별약관이 부가된 보험계약이 보장보험료 납입면제가 된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않은 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.(다만, 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다)
- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약을 철회하는 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3. 계약취소

계약을 청약할 때 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(∞, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

4. 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 하며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체의 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸

피보험자가 사망하면 그때부터 이 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

- ① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- ② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입을 연체하여 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

8. 계약 전 · 후 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.
- 2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.
 - 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
 - ① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - (1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - (2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - (3) 현재의 직업을 그만둔 경우
 - ② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
 - 예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 - ③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
 - 예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 - ④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)
 - 보험의 목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우, 보험의 목적을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
 - 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 경우 또는 변경이 생겼음을 알게 된 경우 등에는 서면으로 회사에 알려야 합니다.
- 3) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
 - ※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

9. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급일일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지금 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하며, 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지금으로 지급합니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율(31일 이후부터는 기간에 따라 가산금리 차등적용)을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

○ 약관

계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

○ 보험료

계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 계약에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

○ 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일

회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험계약일

계약자와 회사와의 계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ 보험가입금액

보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨

○ 계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출 방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액

○ 해약환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

무배당 운전자 비용 및 상해보장 특별약관2404

제1절 일반조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 무배당 운전자 비용 및 상해보장 특별약관2404(이하 「특별약관」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 상해 및 비용손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 계약(이하 「주계약」이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 주계약을 따릅니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강 진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
장해	【별표2(장해분류표)】에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다더라면 계약의 청약を 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 계약의 평균공시이율은 2.75%입니다.
계약자 적립액	장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때
- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원
- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

④ 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 특별약관에서 정한 보험금을 지급하는데 필요한 보험료를 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

이 특별약관의 보험금의 지급사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 특별약관의 보험금 지급에 관한 세부규정은 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험

자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

- ② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96-N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 손해 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, 공동도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
- ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 자체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 - 1. 의원급 의료기관: 의원, 치과의원, 한의원
 - 2. 조산원
 - 3. 병원급 의료기관: 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제8조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

- ① 소송제기
- ② 분쟁조정 신청
- ③ 수사기관의 조사
- ④ 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
- ⑤ 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유를 조사 및 확인이 지연되는 경우
- ⑥ 제2절 보상조항 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.

④ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단 되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보 전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금 을 말합니다.

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이 율 계산)】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더 하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수 익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기 간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사 는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공 서에 대한 회사의 서면에 따른 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경 우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목 적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방 법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지 급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지 급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자 를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내 용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회 사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편 물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일 반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 만기환 급금의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보 험자의 법정상속인, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법 의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합 니다.

제12조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대 표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각 각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니 다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않 은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험 수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니 다

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험 료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연 대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하 여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행 으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합 니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대 하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계 약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기 관)에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시 한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료 로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실 대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실 을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3

년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

- ① 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 1) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 2) 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 3) 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】

- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간 동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분
에 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

- ② 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
- ③ 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
- ④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】



③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 「정산금액」이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

【위험변경시 해약환급금 정산】

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다. 해약환급금미지급형의 경우에도 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 「변경전 요율」이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

【비례보상 예시】

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1급 → 2급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경 전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우

- 상해사망 가입금액 : 1억원
- 상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5
- ⇒ 고객이 수령하는 상해사망 보험금
= 1억원 × (0.3 ÷ 0.5) = 6천만원

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경 후 요율이 변경 전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

【중대한 과실】

주의의무의 위반이 현저한 과실, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조치 태만한 한 높은 강도의 주의의무위반

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - ① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 - ② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - ① 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 사실로 알지 못하였을 때
 - ② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 - ③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 - ④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
 - ⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행

위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑧ 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활이 이루어진 경우에는 부활계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제16조(사기에 의한 계약)

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 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.

② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제17조(보험계약의 성립)

- ① 이 특별약관은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승

낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」 이라 함은 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조(청약의 철회)

① 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등' 이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다통이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

① 서면교부

② 우편 또는 전자우편

③ 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

【약관의 중요한 내용에서】

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 자축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

- ① 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【자필서명】

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

"전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

- 가. 서명자의 신원
- 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

- ① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
- ② 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자

의 법정상속인인 계약일 경우

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 「보험계약대출」이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 「보험계약대출이율」이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한 될 수 있습니다.

제20조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- ② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- ③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의2(타인의 생명보험)】

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제21조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- ① 보험종목
- ② 보험기간
- ③ 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
- ④ 계약자, 피보험자
- ⑤ 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경된 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제22조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일
현재(계약일) : 2023년 4월 14일
⇒ 2023년 4월 14일 - 1988년 10월 2일
= 34년 6월 12일 = 35세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

예시1) 계약일 : 2020년 10월 1일
→ 계약해당일 : 10월 1일

예시2) 계약일 : 2020년 2월 29일
→ 계약해당일 : 2월 말일

제23조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 소멸사유는 제2절 보장조항에서 정합니다.

제5관 보험료의 납입

제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로

자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- ① 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
- ② 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ③ 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제25조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제25조의1(보험료의 납입면제에 관한사항)

주계약의 보장보험료의 납입이 면제된 경우에도 불구하고 이 특별약관의 보장보험료는 납입을 면제하지 않습니다.

제26조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제34조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이

해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

① 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용

② 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1%로 계산한 이자)를 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제29조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. **강제집행**이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. **담보권실행**이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않은 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. **국세 및 지방세 체납처분 절차**란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제30조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제20조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조의1(위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위 반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제

33조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항의 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사 할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제31조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

- ① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급 받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
- ② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【예시】

입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제32조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제30조의1(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제34조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제35조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제36조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제37조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의 하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제38조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2023년 4월 1일에 발생하였음에도 2026년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다

제39조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제40조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제41조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

① 회사는 보험금 지급사유 관련 법률이 개정된 경우에는 변경된 내용을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우

② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우

③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필

요가 없어지는 경우

④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액, 보험료 변경내역 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나, 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우, 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제42조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

사회통념상 일반 보통인이자라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제43조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제44조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제45조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 5천만원까지(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 5천만원까지 보호됩니다.(단, 계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다)

본 보험회사가 예금등 채권의 지급정지 후 파산하게 되는 경우, 예금보험공사가 보험계약자 1인당 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 별도로 최고 5천만원까지 보호합니다.(단, 연금저축보험은 다른 예금보호 대상 금융상품과는 별도로 1인당 최고 5천만원까지 보호)

제2절 보장조항

1. 운전자용 벌금(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정 판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함)을 보험수익자에게 1사고당 2,000만원 한도로 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)에 따른 벌금액(확정 판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함)이 확정된 경우에는 보험수익자에게 1사고당 3,000만원 한도로 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말한다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

【특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)】

자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람)를 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 1년이상 15년이하의 징역 또는 500만원 이상 3000만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

② 하나의 사고에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금형 확정 이유가 아래의 두가지 사유에 모두 해당하는 경우에는 제1항의 「벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다)」에 「자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금액을 보장하는 계약」도 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
- ③ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금액이 확정되고 보험수익자의 요청이 있는 경우 피보험자가 벌금을 납부하기 전이라 하더라도 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있으며, 보험수익자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 형사재판 확정증명서
- ② 법원 판결문 또는 약식 명령문
- ③ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

【도로교통법 제151조(벌칙)】

차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다.

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의
- ② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자의 고의
- ④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑤ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ⑥ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중
- ⑦ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주 무면허 상태 또는 제45조에 따른 약물 상태에서 운전하던 중
- ⑧ 자가용운전자형의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

【도로교통법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)】

과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경보보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

2. 운전자용 벌금(대물)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우 벌금액(확정 판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함)을 보험수익자에게 1사고당 500만원 한도로 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

【도로교통법 제151조(벌칙)】

차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다. 이하 「계약」이라 합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 하나의 사고에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금형 확정의 이유가 아래의 두가지 사유에 모두 해당하는 경우에는 제1항의 「벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다)」에 「자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액을 보장하는 계약」도 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
- ③ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)의 벌금액이 확정되고 보험수익자의 요청이 있는 경우 피보험자가 벌금을 납부하기 전이라 하더라도 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있으며, 보험수익자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 - ① 형사재판 확정증명서
 - ② 법원 판결문 또는 약식 명령문
 - ③ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의
- ② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자의 고의
- ④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑤ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ⑥ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중
- ⑦ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주 무면허 상태 또는 제45조에 따른 약물 상태에서 운전하던 중
- ⑧ 자가용운전자형의 경우 피보험자가 자동차를 영업 목적으로 운전하던 중 발생한 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

【도로교통법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)】

과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시

계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

3. 교통사고 처리지원금(VI)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 인하여 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀인 경우 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다)에게 아래의 어느 하나에 해당하는 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 피보험자에게 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다)을 제2항의 금액을 한도로 교통사고 처리지원금으로 지급합니다.

- ① 피해자를 사망하게 한 경우
- ② 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
- ③ 일반교통사고로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항 및 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조 제1항 제2호 별표1에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우
- ④ 스쿨존 내 자동차 운전중 교통사고로 사고당시 나이가 만13세 미만인 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 미만 치료를 요한다는 진단을 받은 경우

【용어풀이】

「형사합의금」이란 가해자가 수사과정 또는 재판과정에서 형사처벌수위를 낮추고자하는 목적으로 피해자와 합의하기 위하여 지급하는 금액을 말합니다.

② 제1항의 교통사고 처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

- ① 제1항 제1호의 경우 : 보험가입금액
- ② 제1항 제2호의 경우

구분	42일(6주)이상 70일(10주)미만 진단시	70일(10주)이상 140일(20주)미만 진단시	140일(20주)이상 175일(25주)미만 진단시	175일(25주)이상 진단시
보험가입금액 3천만원 기준	1천만원	2천만원	3천만원	3천만원
보험가입금액 5천만원 기준	1천만원	3천만원	5천만원	5천만원
보험가입금액 7천만원 기준	1천만원	4천만원	7천만원	7천만원
보험가입금액 1억원 기준	2천만원	7천만원	1억원	1억원
보험가입금액 1억5천만원 기준	2천만원	8천만원	1억원	1억5천만원
보험가입금액 2억원 기준	2천만원	8천만원	1억원	1억5천만원

③ 제1항 제3호의 경우 : 보험가입금액

④ 제1항 제4호의 경우 : 500만원

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.
3. 「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 「중대법규 위반 교통사고」라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호에서 「일반교통사고」라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중 에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호에서 「스쿨존 내 자동차 운전중 교통사고」라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 제11호에 해당되는 사고로, 특정범죄

가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13에 해당되는 사고를 말합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호 및 제4호에서 피해자 1인에 대한 진단기간은 추가진단기간을 합산한 최종 진단기간을 기준으로 합니다.

⑤ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 보상합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 교통사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

- ① 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
- ② 보험회사가 피해자에게 교통사고 처리지원금을 직접 지급하는 경우 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(교통사고 처리지원금)에 상응하는 청구권을 피보험자가 포기한 경우

⑦ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 피해자의 공탁금 출급 이전이라 하더라도 회사는 공탁금액의 50%에 해당하는 금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액의 50%를 한도로 가지급하여 보상하여 드립니다. 단, 피해자의 공탁금 출급 이후 잔여 공탁금은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 가지급한 보험금을 차감한 금액을 한도로 추가로 보상합니다.

⑧ 피보험자가 항후 무죄 선고 등으로 공탁금을 회수하는 경우 피보험자는 지체없이 회사에 알리고 제7항의 가지급한 보험금을 반환하여야 합니다.

⑨ 제7항의 가지급한 보험금을 수령 후 지급일로부터 3년 이내에 잔여 공탁금을 청구하지 않을 경우, 회사는 보험금 지급사유가 발생하지 않은 것으로 보아 위 제7항에서 지급한 가지급 보험금에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

【공탁】

법령의 규정에 따른 원인으로 금전, 유가증권, 그 밖의 물품을 국가기관(법원의 공탁소)에 맡김으로써 일정한 법률상의 목적을 달성하려고 하는 제도를 말합니다.

【교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례) 제2항 단서 제11호】

11. 「도로교통법」 제12조 제3항에 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

【특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)】

자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람)를 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 1년이상 15년이하의 징역 또는 500만원 이상 3000만원 이하의 벌금에 처한다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생 한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의
- 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 따른 음주 무면허 상태 또는 제45조에 따른 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑥ 자가용운전자형의 경우 피보험자가 자동차를 영업 목적으로 운전하던 중 발생한 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

【도로교통법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)】

과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

제4조(보험금의 청구)

① 피보험자는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사

합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)

- ③ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ④ 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출금 확인서

- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호의 경우 피해자의 나이를 확인할 수 있는 서류

- ⑥ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

② 제1항에도 불구하고 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사 합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)

- ③ 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)

- ④ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장

- ⑤ 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있는 서류

- ⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호의 경우 피해자의 나이를 확인할 수 있는 서류

- ⑦ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 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.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【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 제268조(업무상과실, 중과실치사상)】

업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

【교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례) 2항 단서 (제1호 내지 제12호)】

1. 신호 및 지시위반
2. 중앙선 침범 또는 불법 횡단·유턴·후진 위반
3. 제한속도를 20킬로미터 초과한 속도 위반
4. 앞지르기 금지 또는 끼어들기 금지 위반
5. 건널목 통과방법 위반
6. 횡단보도에서의 보행자 보호의무 위반
7. 무면허 운전
8. 음주 운전 또는 약물 복용 운전
9. 보도침범 또는 보도횡단방법 위반
10. 승객 추락방지의무 위반
11. 어린이보호구역(스쿨존)에서의 주의의무 위반
12. 자동차화물 추락방지조치 위반

위의 단서 외에 법령의 변경으로 추가되는 단서가 있는 경우에는 그 단서도 포함하는 것으로 합니다.

**4. 교통사고 처리지원금(Ⅲ)
(중대법규위반,6주미만)보장 특별약관**

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 인하여 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀인 경우 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다)에게 아래의 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 피보험자에게 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다)을 제2항의 금액을 한도로 교통사고 처리지원금으로 지급합니다.

① 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1인 을 기준으로 합니다) 미만의 치료를 요한다는 진단을 받은 경우(단, 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표3(자동차사고 부상 등급표)】의 부상등급 을 받은 경우에 한합니다)

【용어풀이】

「형사합의금」이란 가해자가 수사과정 또는 재판과정에서 형사처벌수위를 낮추고자하는 목적으로 피해자와 합의하기 위하여 지급하는 금액을 말합니다.

② 제1항의 교통사고 처리지원금은 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

구분	28일(4주)미만 진단시	28일(4주)이상 42일(6주)미만 진단시
보험가입금액 500만원 기준	150만원	500만원
보험가입금액 700만원 기준	200만원	700만원
보험가입금액 1천만원 기준	500만원	1천만원
보험가입금액 1천2백만원 기준	600만원	1천2백만원

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는

자동차로 보지 않습니다.

2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 「중대법규 위반 교통사고」라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 피해자 1인에 대한 진단기간은 추가진단기간을 합산한 최종 진단기간을 기준으로 합니다.

③ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 보상합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 교통사고 처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

① 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우

② 보험회사가 피해자에게 교통사고 처리지원금을 직접 지급하는 경우 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(교통사고 처리지원금)에 상응하는 청구권을 피보험자가 포기한 경우

⑤ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 피해자의 공탁금 출급 이전이라 하더라도 회사는 공탁금액의 50%에 해당하는 금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액의 50%를 한도로 가지급하여 보상하여 드립니다. 단, 피해자의 공탁금 출급 이후 잔여 공탁금은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 금액을 한도로 가지급한 보험금을 차감한 금액을 한도로 추가로 보상합니다.

⑥ 피보험자가 향후 무죄 선고 등으로 공탁금을 회수하는 경우 피보험자는 지체없이 회사에 알리고 제5항의 가지급한 보험금을 반환하여야 합니다.

⑦ 제5항의 가지급한 보험금을 수령 후 지급일로부터 3년 이내에 잔여 공탁금을 청구하지 않을 경우, 회사는 보험금 지급사유가 발생하지 않은 것으로 보아 위 제5항에서 지급한 가지급 보험금에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

【공탁】

법령의 규정에 따른 원인으로 금전, 유가증권, 그 밖의 물품을 국가기관(법원의 공탁소)에 맡김으로써 일정한 법률상의 목적을 달성하려고 하는 제도를 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생

한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의
- 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 따른 음주 무면허 상태 또는 제45조에 따른 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
- ⑥ 추가진단기간을 합산한 최종 진단이 42일 이상의 치료를 요하는 경우
- ⑦ 자가용운전자형의 경우 피보험자가 자동차를 영업 목적으로 운전하던 중 발생한 사고

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

【도로교통법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)】

과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

제4조(보험금의 청구)

① 피보험자는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 청구하고자 하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사 합의서(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

② 제1항에도 불구하고 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

- ① 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
- ② 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사 합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
- ③ 보험금 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
- ④ 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
- ⑤ 진단서, 소견서 등 피해자의 부상정도를 확인할 수 있는 서류

⑥ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 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.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \frac{\text{형사합의금} \times \text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제6조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

【교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례) 2항 단서 (제1호 내지 제12호)】

1. 신호 및 지시위반
2. 중앙선 침범 또는 불법 횡단·유턴·후진 위반
3. 제한속도를 20킬로미터 초과한 속도 위반
4. 앞지르기 금지 또는 끼어들기 금지 위반
5. 건널목 통과방법 위반
6. 횡단보도에서의 보행자 보호의무 위반
7. 무면허 운전
8. 음주 운전 또는 약물 복용 운전
9. 보도침범 또는 보도횡단방법 위반
10. 승객 추락방지의무 위반
11. 어린이보호구역(스쿨존)에서의 주의의무 위반
12. 자동차화물 추락방지조치 위반

위의 단서 외에 법령의 변경으로 추가되는 단서가 있는 경우에는 그 단서도 포함하는 것으로 합니다.

5. 자동차사고 변호사선임비용 (타인사망, 중대법규위반및중상해경찰조사포함) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써, 아래의 어느 하나에 해당되는 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 「변호사선임비용」이라 합니다)를 1사고마다 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

- ① 구속영장에 의하여 구속된 경우
- ② 경찰에 의해 공소제기(이하 「기소」라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다)된 경우
- ③ 검사에 의해 약식기소 되었으나 「형사소송법」 제450조에 의거, 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차로 재판이 진행되는 경우 또는 같은 법 제453조에 의거 검사 또는 피보험자가 정식재판을 청구하는 경우

【형사소송법 제450조(보통의 심판)】

약식명령의 청구가 있는 경우에 그 사건이 약식명령으로 할 수 없거나 약식명령으로 하는 것이 적당하지 아니하다고 인정한 때에는 공판절차에 의하여 심판하여야 한다.

【형사소송법 제453조(정식재판의 청구)】

- ① 검사 또는 피고인은 약식명령의 고지를 받은 날부터 7일 이내에 정식재판의 청구를 할 수 있다. 단, 피고인은 정식재판의 청구를 포기할 수 없다.
- ② 정식재판의 청구는 약식명령을 한 법원에 서면으로 제출하여야 한다.
- ③ 정식재판의 청구가 있는 때에는 법원은 지체없이 검사 또는 피고인에게 그 사유를 통지하여야 한다.

② 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써, 피해자를 사망하게 하여 아래의 어느 하나에 해당되는 경우에는 변호사선임비용을 1사고마다 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

- ① 검사에 의해 약식기소 되었으나 제1항 제3호에 해당되지 않는 경우
- ② 검사에 의해 불기소된 경우
- ③ 경찰 조사 후 불송치된 경우

③ 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 자동차사고(단, 사고가 중대법규위반 교통사고에 해당하는 경우에 한합니다)로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써, 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표3(자동차사고 부상 등급표)】의 부상등급에 해당하는 부상을 입혀 제2

항 각 호 어느 하나에 해당되는 경우에는 변호사선임비용을 「1사고」마다 아래에서 정한 금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다(피해자가 다수인 경우 가장 높은 부상등급을 기준으로 합니다).

부상등급	보상한도
1-3급	보험가입금액
4-7급	3천만원
8-14급	1천만원

④ 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 자동차사고(단, 사고가 중대법규위반 교통사고에 해당하지 않는 경우에 한합니다)로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써, 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표3(자동차사고 부상 등급표)】의 부상등급 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입혀 제2항 각 호 어느 하나에 해당되는 경우에는 변호사선임비용을 「1사고」마다 아래에서 정한 금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다(피해자가 다수인 경우 가장 높은 부상등급을 기준으로 합니다).

부상등급	보상한도
1-3급	3천만원

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「자동차사고」라 함은 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고를 말하며, 「중대법규위반 교통사고」라 함은 불기소 이유 통지서, 불송치 결정증명서, 약식명령 공소장, 피의사건 결정결과 통지서, 공소장 또는 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 동항 단서 중 7, 8은 「중대법규위반 교통사고」로 보지 않으며, 「자동차사고」에도 해당되지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「1사고」라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며, 「1사고」로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송 동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호, 제3호 및 제2항 제1호에서 「약식기소」라 함은 형사소송법 제448조(약식명령을 할 수 있는 사건)에 의해 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 과료 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

【형사소송법 제448조(약식명령을 할 수 있는 사건)】

- ① 지방법원은 그 관할에 속한 사건에 대하여 검사의 청구가 있는 때에는 공판절차없이 약식명령으로 피고인을 벌금, 과료 또는 몰수에 처할 수 있다.
- ② 전항의 경우에는 추징 기타 부수의 처분을 할 수 있다.

④ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 피보험자가 자동차사고로 피해자에게 상해를 입힘으로써, 제6항에서 정한 직접지급사유 및 아래 각 호에 모두 해당하는 경우 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 변호사선임비용의 일부를 피보험자가 지정한 변호사에게 직접 지급할 수 있습니다.

- ① 피보험자가 상기 자동차사고 형사사건 처리를 위해 변호사 선임을 확정하고, 변호사가 변호사선임비용을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 약정을 한 경우
- ② 회사가 변호사에게 변호사선임비용의 일부를 직접 지급하는 경우 보험수익자가 이 특별약관에 따라 변호사에게 직접 지급되는 변호사선임비용에 상응하는 청구권을 포기한 경우

⑤ 제4항에 따라 회사가 변호사에게 직접 지급하는 변호사선임비용은 실제 발생한 변호사선임비용의 50%이내의 금액 중 피보험자가 요청한 금액으로 하며, 직접지급사유 및 부상등급별로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 적용 가능한 보상한도(한도가 복수인 경우 가장 낮은 한도)의 50%를 한도로 합니다.

⑥ 제4항 및 제5항의 「직접지급사유」란 아래의 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

- ① 피해자가 사망한 경우
- ② 피해자가 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표3(자동차사고 부상 등급표)】의 부상등급에 해당하는 부상을 입은 경우(단, 사고가 중대법규위반 교통사고에 해당하는 경우에 한하며, 피해자가 다수인 경우 가장 높은 부상등급을 기준으로 합니다)
- ③ 피해자가 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한 【별표3(자동차사고 부상 등급표)】의 부상등급 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입은 경우(단, 사고가 중대법규위반 교통사고에 해당하지 않는 경우에 한하며, 피해자가 다수인 경우 가장 높은 부상등급을 기준으로 합니다)

⑦ 제4항에 따라 회사가 변호사에게 변호사선임비용을 직접 지급한 이후 제1조(보험금의 지급사유)에 해당되지 않거나 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당되는 사실이 확인된 경우에는 피보험자는 지체없이 그 사실을 회사에 알린 후 제4항에 따라 이미 지급된 변호사선임비용을 회사에 반환하여야 합니다.

⑧ 제4항에 따라 회사가 변호사에게 변호사선임비용을 직접 지급한 경우 피보험자는 지급일로부터 3년 이내에 잔여 변호사선임비용을 청구하여야 하며, 이 경우 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 금액에서 제4항에 따라

변호사에게 직접 지급한 변호사선임비용을 차감한 금액을 한도로 잔여 변호사선임비용을 보험수익자 또는 변호사에게 지급합니다.

㉑ 제8항에도 불구하고 피보험자가 제4항에 따른 변호사선임비용 지급일로부터 3년 이내에 잔여 변호사선임비용을 청구하지 않을 경우, 회사는 피보험자에게 제7항에서 정한 보험금 반환 사유 해당여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

㉒ 회사는 제7항에서 정한 보험금 반환 사유에 해당되는 사실을 확인하여 이미 지급한 변호사선임비용에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

㉓ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주차차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 피보험자의 고의
- ② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ③ 계약자의 고의
- ④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ⑤ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
- ⑥ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중
- ⑦ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 따른 음주 무면허 상태 또는 제45조에 따른 약물 상태에서 운전하던 중
- ⑧ 자가용운전자형의 경우 피보험자가 자동차를 영업목

적으로 운전하던 중

【도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지)】

운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

【도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지)】

술에 취한 상태에서 운전하여서는 아니되며, 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

【도로교통법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)】

과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

제4조(보험금의 청구)

㉑ 보험수익자는 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(소장, 판결문, 약식명령 공소장, 피의사건 결정결과 통지서, 불기소 이유 통지서, 불송치 결정증명서, 교통사고사실 확인원, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서 또는 현금영수증 등)
- ③ 피해자의 부상등급을 확인할 수 있는 서류(자동차보험 보상처리확인서, 진단서, 소견서 등)
- ④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ⑤ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

㉒ 피보험자가 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서(소장, 판결문, 약식명령 공소장, 피의사건 결정결과 통지서, 불기소 이유 통지서, 불송치 결정증명서, 교통사고사실 확인원 등)
- ③ 변호사 선임 또는 사건위임 계약서, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서 또는 현금영수증
- ④ 피해자의 부상등급을 확인할 수 있는 서류(자동차보험 보상처리확인서, 진단서, 소견서 등)
- ⑤ 보험금 수령에 관한 위임장, 위임자의 인감증명서 및 확인서(회사 양식)
- ⑥ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ⑦ 기타 피보험자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자지급액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

6. 운전자용 자동차사고부상치료비(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에서 정한 자동차사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 【별표3(자동차사고 부상 등급표)】의 부상등급을 받은 경우 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 자동차사고 부상치료비로 지급합니다.

(보험가입금액 1,000만원 기준)

부상등급	지급보험금
1급	1,000만원
2급~4급	600만원
5급	200만원
6급	80만원
7급	40만원
8급~11급	20만원
12급~14급	10만원

- ① 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고
- ③ 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 자동차사고

【용어풀이】

1. 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.
다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 운전하던 중이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
 - ㉠ 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서
 - ㉡ 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
 - ㉢ 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
 - ㉣ 부상등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
 - ㉤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 ㉢목 ㉣의 부상등급을 판단할 수 있는 서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

7. 비운전자용 자동차사고부상치료비(Ⅱ)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 아래에서 정한 비운전 중 자동차사고로 신체에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차손해배상보장법시행령에서 정한 【별표3(자동차사고 부상 등급표)】에서 정한 부상등급을 받은 경우 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 자동차사고부상치료비로 지급합니다.

(보험가입금액 1,000만원 기준)

부상등급	지급보험금
1급	1,000만원
2급~4급	600만원
5급	200만원
6급	80만원
7급	40만원
8급~11급	20만원
12급~14급	10만원

- ① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 자동차사고

【용어풀이】

자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다.

다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- ① 청구서(회사양식)
- ② 사고증명서
 - ㉠ 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서
 - ㉡ 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
 - ㉢ 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
 - ㉣ 부상등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
 - ㉤ 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정무기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 ㉣목 ㉣의 부상등급을 판단할 수 있는 서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

8. 운전자용 교통상해사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에서 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 보험수익자에게 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

- ① 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ③ 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 - ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 않습니다)
3. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

- ① 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
- ② 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

9. 비운전자용 교통상해사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급합니다.

- ① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트랙터재식 콘크리트펌프, 트랙터재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트랙지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 - ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - ① 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - ② 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【민법 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 「사망보험금」 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸됩니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 이외의 사유로 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

10. 운전자용 교통상해후유장해(3~100%)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 다음에 정한 자가용운전자형, 영업용운전자형 중
에서 계약자가 선택한 한가지 형만을 보상합니다.

자가용운전자형, 영업용운전자형

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보
험기간 중에 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한
사고로 신체에 입은 상해를 말합니다)로 【별표2(장해분류
표)】에서 정한 각 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해
상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표2(장해분류
표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에
곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

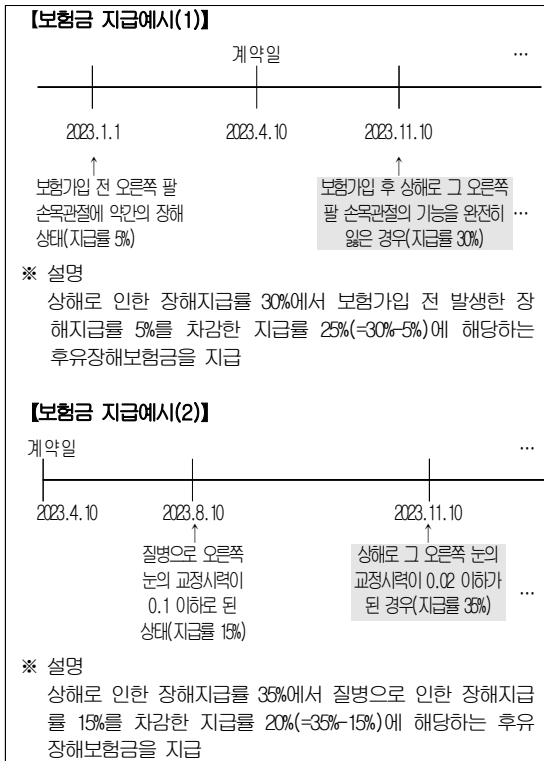
- ① 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하
고도 우연한 자동차 사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않
은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에
탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고
있는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ③ 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑
승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타
교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또
는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉,
화재 또는 폭발등의 교통사고

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에
정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동
차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및
자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기
계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭,
트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살
포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별
표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차,
도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진
자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기
계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지
않습니다.
2. 「기타교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에
해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘
리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합
니다)
 - ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기
계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안
에는 기타교통수단으로 보지 않습니다)
3. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여
부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자
동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조
작 가능한 상태를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발
생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발
생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정
될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다
만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한
경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보
장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우
에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부
터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은
상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에
는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합
니다.
- ③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피
보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신
체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준
하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】
의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는
후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니
다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보
험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와
회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수
있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 중
합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정
에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에
는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표
2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정
한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을
경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결
정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을
지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에
해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보
험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류
표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에
는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해
당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는
그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험
금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위
에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을
경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이
지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당하는 후유
장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보
험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.



제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따릅니다.

11. 비운전자용 교통상해후유장해(3~100%)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 비운전중 교통상해(보험기간 중에 발생한 아래에 정한 사고로 신체에 입은 상해를 말합니다)로 【별표2(장해분류표)】에서 정한 각 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 【별표2(장해분류표)】에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

- ① 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(「운전」을 포함합니다. 이하 같습니다)하고 있는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고
- ② 피보험자가 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않고 있는 동안, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발등의 교통사고

【용어풀이】

1. 「자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 건설기계관리법 시행령 별표1 제26호에 따른 특수건설기계 중 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치)를 가진 자주식인 것을 말한다))를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
2. 「기타교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 - ② 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 - ③ 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
 - ④ 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 않습니다)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(특별약관의 효력이 없어진 경우

에는 보험기간이 10년 이상인 특별약관은 상해 발생일부
터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 특별약관은
상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에
는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합
니다.

③ 【별표2(장해분류표)】에 해당되지 않는 후유장해는 피
보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신
체의 장해정도에 따라 【별표2(장해분류표)】의 구분에 준
하여 지급액을 결정합니다. 다만, 【별표2(장해분류표)】
의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는
후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니
다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보
험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와
회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수
있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 중
합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정
에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

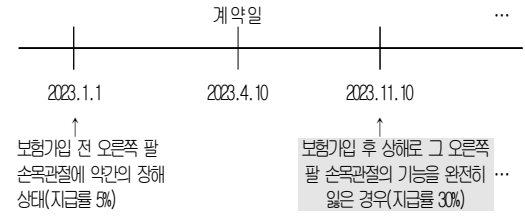
⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에
는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 【별표
2(장해분류표)】의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정
한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을
경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결
정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을
지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에
해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보
험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 【별표2(장해분류
표)】의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에
는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해
당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는
그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험
금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위
에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을
경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이
지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유
장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보
험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

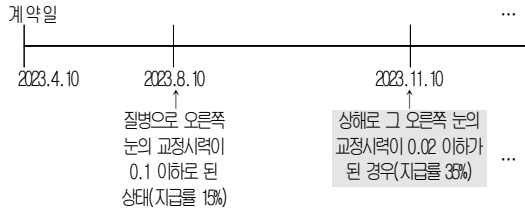
【보험금 지급예시(1)】



※ 설명

상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장
해지급률 5%를 차감한 지급률 25%(=30%-5%)에 해당하는
후유장해보험금을 지급

【보험금 지급예시(2)】



※ 설명

상해로 인한 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급
률 15%를 차감한 지급률 20%(=35%-15%)에 해당하는 후유
장해보험금을 지급

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1절 일반조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사
유) 및 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가
발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을
포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교
통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안
- ② 하역작업을 하는 동안
- ③ 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비
나 청소작업을 하는 동안
- ④ 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관
은 그 때부터 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약
환급금 산출방법서」에서 정한 이 특별약관의 사망당시
계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제1절 일반조항을 따
릅니다.

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(특별약관 제1절 일반조항 제8조 제5항 및 제33조 제2항 관련)

구 분	기 간	지 급 이 자
지급보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금 (제1절 일반조항 제33조 제2항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
- 주2) 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 주3) 가산이율 적용시 제1절 일반조항 제9조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【별표2】

장해분류표

Ⅰ 총칙

1. 장해의 정의

- 1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손 상태 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 상태에서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우

각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.

- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

☐ 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 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) 한눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
- 4) “한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때”라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.

※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식

별할 수 있을 정도의 시력상태

- 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤에 그 장애정도를 평가한다.
 - 6) “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애”라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
 - 7) “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
 - 8) “뚜렷한 시야 장애”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
 - 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
 - 10) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
 - 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안까지 끼워 넣을 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
 - 12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 컷바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가 하여야 한다.
- “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
- “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성 뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 컷바퀴의 결손

- “컷바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 컷바퀴의 연결부가 1/2이상 결손된 경우를 말한다.
- 컷바퀴의 연결부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- “평형기능에 장애를 남긴 때”라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
 - 뇌영상검사(CT, MRI)
 - 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- “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.
- “코의 후각기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구(입을 벌임)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 심한 개구(입을 벌임)운동 제한이나 저작(씹기)운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구(입을 벌임)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌임)운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구(입을 벌임)운동 제한 또는 약간의 저작(씹기)운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입을 벌임)운동이 2cm이하로 제한

- 되는 경우
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구(입을 벌임)장애는 턱관절의 이상으로 개구(입을 벌임)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구(입을 벌임)상태에서 위아래턱(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 윗턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
 - 7) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
 - 8) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
 - 9) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
 - 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
 - 11) 뇌중추신경계 손상(정신인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률을 하나만 인정한다.
 - 12) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
 - 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
 - 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
 - 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구

치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.

- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙었다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애”라 함은 성형수술(반흔(흉터)성형술, 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(흉터) 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔(흉터)의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔(흉터)은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/2이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 가) 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/4이상 결손
- 2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

- 3) 목
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체 부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 나) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상하부[인접 상하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 다) 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸

- 통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기원성 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관련도를 산정하여 평가한다.
 - 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
 - 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
 - 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
 - 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI : Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 8) 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) “추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) “추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 추간판 10마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

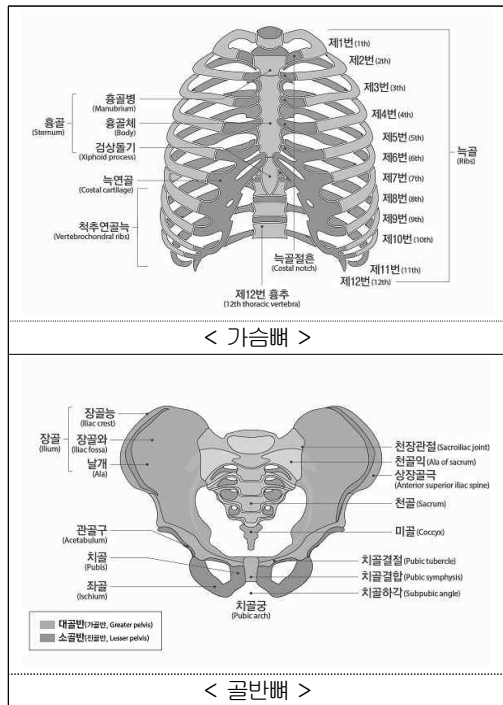
장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래의 경우

중 하나에 해당하는 때를 말한다.

- 가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
- 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
- 다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) “뱃장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애 각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
- 8) “관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다

다.

- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
- 9) "관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때" 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) "관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때" 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) "가관절[※]이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때" 라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 12) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때" 라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) "뼈에 기형을 남긴 때" 라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한다리의 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 치유후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) "다리" 라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) "다리의 3대 관절" 이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) "한다리의 발목이상을 잃었을 때" 라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 다리의 관절기능 장해 평가는 다리의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) "관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때" 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소

- 견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
- 8) "관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때" 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
- 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
- 9) "관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때" 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) "관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때" 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) "가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리 뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 13) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절중 관절 하나에 기능장해가 생

기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

- 2) 1하지(다리와 발가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

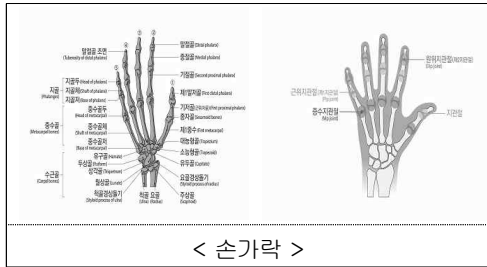
가. 장해의 분류

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 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) "손가락을 잃었을 때" 라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) "손가락뼈 일부를 잃었을 때" 라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) "손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때" 라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에서는 제1, 제2

- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



나. 장애의 판정기준

- 1) “심장 기능을 잃었을 때”라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생도록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 체장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 체장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도 협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 “<붙임>일상생활

기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.

- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질

병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) “정신행동에 극심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) “정신행동에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) “정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준”[※] 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
 - ※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
- 바) “정신행동에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) “정신행동에 경미한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과와의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료가 관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할

수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

- 타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- 파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

- 가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌 영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
- 다) 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

- 가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- 나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- 다) “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되

는 발작을 말한다.

- 사) “경증발작” 이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동 시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(질뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 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	제한정도에 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 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒷처리 시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒷처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
웃입고 벗기	- 상, 하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상, 하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상, 하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

【별표3】

자동차사고 부상 등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제3조 제1항 2호를 따릅니다.

부상 등급	상해내용
1급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다) 2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해 5. 척주(등골뼈) 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. 위팔 부위 완전 절단(팔꿈치관절 부위 분리 절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 10. 불안정성 골반뼈 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 넓적다리 부위 완전 절단(무릎관절 부위 분리 절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다) 14. 화상·좌창·괴사상처 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해 15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해 3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해 4. 신장 파열로 수술한 상해 5. 척추 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해 6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 목뼈 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로

부상 등급	상해내용
3급	목뼈 고정기(할로베스트)나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 8. 아래팔 완전 절단(손목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 엉덩관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 넓적다리뼈머리 골절로 수술을 시행한 상해 11. 넓적다리뼈 윗목부 분쇄 골절, 돌기 아랫부분 분쇄 골절, 관절융기 분쇄 골절, 정강이뼈(경골) 관절융기 분쇄 골절 또는 정강이뼈 먼쪽 관절 내 분쇄 골절 12. 무릎관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 종아리 완전 절단(발목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 팔다리 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 절개술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다) 6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해 7. 내부 장기 손상(장간막 파열을 포함한다)으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해 8. 척추 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해 9. 어깨관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 위팔 부위 완전 절단(팔꿈치관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 11. 팔꿈치관절 부위 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 손목 부위 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해

부상 등급	상해내용
4급	13. 넓적다리뼈 또는 정강이뼈 골절(넓적다리뼈머리 골절은 제외한다) 14. 넓적다리 부위 완전 절단(무릎관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 15. 무릎관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 발목관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 발목관절의 손상으로 발목뼈의 완전탈구가 동반된 상해 18. 발목 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 각막 이식술을 시행한 상해 3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다) 5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다) 6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 상완신경총 불완전 손상(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다)으로 수술을 시행한 상해 8. 위팔뼈목 골절 9. 위팔뼈 몸통 분쇄성 골절 10. 위팔뼈 위관절융기 또는 위팔뼈 먼쪽 부위 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 작은 머리 골절에 적용한다)로 수술을 시행한 상해 11. 노뼈 먼쪽 부위 골절과 자뼈머리 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 자뼈 몸쪽 부위 골절과 노뼈머리 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 아래팔 완전 절단(손목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 노손목관절 골절 및 탈구(손목뼈간 관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해 15. 손목뼈 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 17. 불안정성 골반뼈 골절로 수술하지 않은 상해

부상 등급	상해내용
	18. 골반고리가 안정적인 골반뼈 골절(엉치뼈 골절 및 꼬리뼈 골절을 포함한다)로 수술을 시행한 상해 19. 골반뼈 관절의 분리로 수술을 시행한 상해 20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 무릎관절 탈구로 수술을 시행한 상해 22. 종아리 완전 절단(발목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 목알뼈 또는 발꿈치뼈 골절 24. 무족지 또는 다발성 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 팔다리의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사상처 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 겹보임[복시(複視)]으로 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 몸통 또는 하부 몸통의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 위팔뼈 몸통 골절 7. 노뼈머리 또는 자뼈 갈고리돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 노뼈와 자뼈의 몸통 골절이 동반된 상해 9. 노뼈 붓돌기 골절 10. 노뼈 먼쪽부위 관절 내 골절 11. 손목 손배뼈 골절 12. 손목 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 엉덩관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 엉덩관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 넓적다리뼈머리 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 넓적다리뼈 또는 몸쪽 정강이뼈의 견열골절 18. 무릎관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한

부상 등급	상해내용
	지 않은 상해 19. 무릎관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 무릎뼈 골절 21. 발목관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 발목관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 발목뼈 골절(목알뼈 및 발꿈치뼈는 제외한다) 24. 발목발허리(리스프랑)관절 손상 25. 3개 이상의 발허리뼈 골절로 수술을 시행한 상해 26. 발목 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 28. 아킬레스건, 무릎인대, 넓적다리 사두건 또는 넓적다리 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 팔다리 근육 또는 힘줄 파열로 6개 이상의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상해 30. 다발성 팔다리의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 팔다리의 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. 폐타박상(한쪽 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다) 6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해 7. 혈흉(혈액가슴증) 또는 기흉(공기가슴증)이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽입술을 시행한 상해 8. 어깨관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해 9. 외상성 상부관절외손 파열로 수술을 시행한 상해 10. 어깨관절 탈구로 수술을 시행한 상해 11. 어깨관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 위팔뼈 대결절 견열 골절

부상 등급	상해내용
	13. 위팔뼈 먼쪽 부위 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다) 14. 팔꿈치관절 부위 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 15. 팔꿈치관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 팔꿈치관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해 17. 노뼈 몸통 또는 먼쪽 부위 관절외 골절 18. 노뼈목 골절 19. 자뼈 팔꿈치머리 부위 골절 20. 자뼈 몸통 골절(몸쪽 부위 골절은 제외한다) 21. 다발성 손목손허리뼈 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구 22. 무지 또는 다발성 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 무릎관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 무릎관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해 25. 반월상(반달모양) 연골 파열로 수술을 시행한 상해 26. 발목관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 27. 발목관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 먼쪽 정강이뼈·종아리뼈 분리 28. 2개 이하의 발허리뼈 골절로 수술을 시행한 상해 29. 무족지 또는 다발성 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 30. 팔다리 근육 또는 힘줄 파열로 3개 이상 5개 이하의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상해 31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 다발성 얼굴 머리뼈 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 얼굴 머리뼈 골절 2. 겹보임을 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해 3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해 4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골(빗장뼈) 골절 6. 어깨뼈(어깨뼈가시, 어깨뼈몸통, 가슴우리탈구, 어깨뼈목, 봉우리돌기 및 부리돌기 포함) 골절 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 노뼈머리 또는 자뼈 갈고리돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해

부상 등급	상해내용
	10. 자뼈 붓돌기 기저부 골절 11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 노손목관절 탈구(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해 13. 노손목관절 골절 및 탈구(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 손배뼈 외 손목뼈 골절 15. 손목 부위 손배뼈·반달뼈 사이 인대 파열 16. 손목손허리뼈 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 손허리뼈 골절 18. 손허리손가락관절의 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 20. 골반뼈 관절의 분리로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 엉덩관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 종아리뼈 몸통 골절 또는 뼈머리 골절 23. 발목관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 발목관절 내과, 외과 또는 후과 골절 25. 무족지를 제외한 단일 발가락의 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. 위턱뼈, 아래턱뼈, 이틀뼈 등의 얼굴 머리뼈 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 갈비뼈 골절 8. 각종 돌기 골절(극돌기, 가로돌기) 또는 후궁 골절 9. 어깨관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 위팔뼈 위관절용기 또는 위팔뼈 먼쪽 부위 관절 내 골절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 작은 머리 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 11. 팔꿈치관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 손허리뼈 골절 13. 손가락뼈의 몸쪽 손가락뼈 사이 또는 먼쪽 손가락뼈 사이 골절 탈구 14. 다발성 손가락뼈 골절 15. 무지 손허리손가락관절 측부인대 파열

부상 등급	상해내용
	16. 골반고리가 안정적인 골반뼈 골절(엉치뼈 골절 및 꼬리뼈 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 무릎관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3개 이상의 발허리뼈 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 손발가락뼈 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 팔다리의 근육 또는 힘줄 파열로 하나 또는 두 개의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상해 21. 팔다리의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 팔다리의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 팔다리의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 팔다리의 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. 얼굴 부위의 코뼈 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 갈비뼈 골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 복장뼈(흉골) 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 팔꿈치관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 노손목관절 탈구(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 손가락뼈 골절로 수술을 시행한 상해 11. 손가락관절 탈구 12. 무릎관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 발허리뼈 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 발가락뼈 골절 또는 발가락관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절 16. 아킬레스건, 무릎인대, 넓적다리 사두건 또는 넓적다리 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 손가락·발가락 평근힘줄 1개의 파열로 힘줄 봉합술을 시행한 상해 18. 팔다리의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해

부상 등급	상해내용
	19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3cm 이상 얼굴 부위 찢김상처(열상) 2. 안검과 누소관 찢김상처로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 찢김상처로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 어깨관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절와손 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 손발가락관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 다리 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. 얼굴 부위의 코뼈 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 3. 손가락뼈 골절 또는 손가락관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 발가락뼈 골절 또는 발가락관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애 2. 3cm 미만 얼굴 부위 찢김상처 3. 척추 염좌 4. 팔다리 관절의 근육 또는 힘줄의 단순 염좌 5. 팔다리의 찢김상처로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 팔다리 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 찢김상처로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 갈비뼈 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 내부장기 손상(장간막파열을 포함한다)으로

부상 등급	상해내용
	수술을 시행하지 않은 상해 2. 손발가락 관절 염좌 3. 팔다리의 단순 타박 4. 1차 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

※ 영역별 세부지침

영역	내용
공통	가. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해부터 하위 3등급(예: 상해내용이 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상(이하 "병급"이라 한다) 한다. 나. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 각각의 상해 등급별 금액을 배상하되, 그 합산액이 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 배상한다. 다. 1개의 상해에서 2개 이상의 상항 또는 하항 조정의 요인이 있을 때 등급 상항 또는 하항 조정은 1회만 큰 폭의 조정을 적용한다. 다만, 상항 조정 요인과 하항 조정 요인이 여러 개가 함께 있을 때에는 큰 폭의 상항 또는 큰 폭의 하항 조정 요인을 각각 선택하여 함께 반영한다. 라. 재해 발생 시 만 13세 미만인 사람은 소아로 인정한다. 마. 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술, 유경 피판술, 원거리 피판술, 국소 피판술이나 피부 이식술을 시행할 경우 얼굴 부위는 1등급 상위등급을 적용하고, 손 부위, 발 부위에 국한된 손상에 대해서는 한 등급 아래의 등급을 적용한다.

영역	내용
머리	가. "뇌손상"이란 국소성 뇌손상인 외상성 머리뼈안의 출혈(경막상·하 출혈, 뇌실 내 및 뇌실질 내 출혈, 거미막하 출혈 등을 말한다) 또는 경막하 수혈액낭종, 거미막 낭종, 머리뼈 골절(머리뼈 기저부 골절을 포함한다) 등과 미만성 축삭손상을 포함한 뇌 타박상을 말한다. 나. 4급 이하(4급에서 14급까지를 말한다)에서 의식 외에 뇌신경 손상이나 국소성 신경학적 이상 소견이 있는 경우 한 등급을 상향 조정할 수 있다. 다. 신경학적 증상은 글라스고우 혼수척도(Glasgow coma scale)로 구분하며, 고도는 8점 이하, 중등도는 9점 이상 12점 이하, 경도는 13점 이상 15점 이하를 말한다. 라. 글라스고우 혼수척도는 진정치료 전에 평가하는 것을 원칙으로 한다. 마. 글라스고우 혼수척도 평가 시 의식이 있는 상태에서 기관지 삽관이 필요한 경우는 제외한다. 바. 의무기록 상 의식상태가 혼수(coma)와 반혼수(semi-coma)는 고도, 혼미(stupor)는 중등도, 기면(drowsy)은 경도로 본다. 사. 두피 타박상, 찢김상처(열창)는 14급으로 본다. 아. 만성 경막하 혈종으로 수술을 시행한 경우에는 6급 2호를 적용한다. 자. 외상 후 급성 스트레스 장애는 다른 진단이 전혀 없이 단독 부상 및 질병으로 외상 후 1개월 이내 발병된 경우에 적용한다.
흉·복부	심장타박(6급)의 경우, ①심전도에서 Tachyarrhythmia 또는 ST변화 또는 부정맥, ②심초음파에서 심장막액증가소견이 있거나 심장 벽운동저하, ③심장효소치증가(CPK-MB, and Troponin T)의 세가지 요구 충족 시 인정한다.
척추	가. 완전 마비는 근력등급 3 이하인 경우이며, 불완전 마비는 근력등급 4인 경우로 정한다. 나. 척추관 협착증이나 추간판 탈출증이 외상으로 증상이 발생한 경우나 악화된 경우는 9급으로 본다. 다. 척추 손상으로 인하여 신경근증이나 감각 이상을 호소하는 경우는 9급으로 본다. 라. 마미증후군은 척수손상으로 본다.

영역	내용
팔 · 다리	가. 2급부터 11급까지의 내용 중 팔다리 골절에서 별도로 상해 등급이 규정되지 않은 경우, 보존적 치료를 시행한 골절은 해당 등급에서 2급 낮은 등급을 적용하며, 도수 정복 및 경피적 핀고정술을 시행한 경우에는 해당 등급에서 1급 낮은 등급을 적용한다. 나. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절 또는 탈구에서 거스틸로 2형 이상(개방창의 길이가 1cm 이상인 경우를 말한다)의 개방성 골절 또는 탈구에서만 1등급 상위 등급을 적용한다. 다. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 "수술적 치료를 시행하지 않은"이라고 명확하게 기록되지 않은 각 등급 손상 내용은 수술적 치료를 시행한 경우를 말하며, 보존적 치료를 시행한 경우가 따로 명시되지 않은 경우는 두 등급 하향 조정함을 원칙으로 한다. 라. 양측 또는 단측을 별도로 규정한 경우에는 병합하지 않으나, 별도 규정이 없는 양측 손상인 경우에는 병합한다. 마. 골절에 주요 말초신경의 손상 동반 시 해당 골절보다 1등급 상위 등급을 적용한다. 바. 재접합술을 시행한 절단소실의 경우 해당 부위의 절단보다 2급 높은 등급을 적용한다. 사. 아절단은 완전 절단에 준한다. 아. 관절 분리절단의 경우는 상위부 절단으로 본다. 자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다. 차. 팔다리 근육 또는 힘줄의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근육 또는 힘줄의 단순 염좌(12급)로 본다. 카. 팔다리 관절의 인공관절 치환 후 재치환 시 해당 부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다. 타. 보존적으로 치료한 팔다리 주요관절 골절 및 탈구는 해당관절의 골절 및 탈구보다 3등급 낮은 등급을 적용한다. 파. 수술을 시행한 팔다리 주요 관절 탈구는 해당 관절의 보존적으로 치료한 탈구보다 2등급 높은 등급을 적용한다. 하. 동일 관절 혹은 동일 골의 손상은 병합하지 않으며 상위 등급을 적용한다 거. 분쇄 골절을 형성하는 골절선은 선상(선모양) 골절이 아닌 골절선으로 판단한다. 너. 손발가락 절단 시 절단부위에 따른 차이는 두지 않는다.

영역	내용
팔 · 다리	다. "근육(근), 힘줄(건), 인대 파열"이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다. 러. 팔다리뼈 골절 중 상해등급에서 별도로 명시하지 않은 팔다리뼈 골절(견열골절을 포함한다)은 제불완전골절로 본다. 다만, 개방정복(피부와 근육 절개 후 골절된 뼈를 바로잡는 수술을 말한다)을 시행한 경우는 해당 부위 골절 항에 적용한다. 머. 팔다리뼈 골절 시 시행한 외고정술도 수술을 한 것으로 본다. 버. 소아의 경우, 성인의 동일 부위 골절보다 1급 낮게 적용한다. 다만, 성장판 손상이 동반된 경우와 연부조직 손상은 성인과 동일한 등급을 적용한다. 서. 주요 동맥 또는 정맥 파열로 봉합술을 시행한 상해의 경우, 주요 동맥 또는 정맥이란 수술을 통한 혈행의 확보가 의학적으로 필요한 경우를 말하며, "다발성 혈관 손상"이란 2개 부위 이상의 주요 동맥 또는 정맥의 손상을 말한다.
팔	가. 상부관절순 파열은 외상성 파열만 인정한다. 나. 회전근개 파열 개수에 따른 차등을 두지 않는다. 다. 6급의 어깨관절 탈구에서 재발성 탈구를 초래할 수 있는 해부학적 병변이 동시 확인된 경우는 수술 여부에 상관없이 6급을 적용한다. 라. 견봉 쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉 쇄골간 인대 파열은 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열에 포함되고, 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열로 수술한 경우 7급을 적용하며, 부분 파열로 보존적 치료를 시행한 경우 9급을 적용하고, 단순 염좌의 경우 12급을 적용한다.

영역	내용
팔 · 다 리	가. 양측 두덩뼈가지(치골지) 골절, 두덩뼈(치골) 위아래 가지 골절 등에서는 병급하지 않는다. 나. 엉치뼈 골절, 꼬리뼈 골절은 골반뼈 골절로 본다. 다. 무릎관절 십자인대 파열은 전후방 십자인대의 동시 파열이 별도로 규정되어 있으므로 병급하지 않으나 내외측 측부인대 동시 파열, 십자인대와 측부인대 파열, 반월상 연골판 파열 등은 병급한다. 라. 후경골건 및 전경골건 파열은 발목관절 측부인대 파열로 수술을 시행한 경우의 등급으로 본다. 마. 넓적다리뼈 또는 정강이뼈·종아리뼈의 견열성 골절의 경우, 동일 관절의 인대 손상에 대하여 수술적 치료를 시행한 경우는 인대 손상 등급으로 본다. 바. 정강이뼈 후과의 단독 골절 시 발목관절 내과 또는 외과의 골절로 본다. 사. 엉덩관절이란 넓적다리뼈머리와 골반뼈의 비구를 포함하며, "골절 탈구"란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다. 아. 불안정성 골반 골절은 골반고리를 이루는 골간의 골절 탈구를 포함한다. 자. "다리의 3대 관절"이란 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절을 말한다. 차. 무릎관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열은 완전파열(또는 이에 준하는 파열)로 인대 복원수술을 시행한 파열에 적용한다. 카. 골반고리가 안정적인 골반뼈의 수술을 시행한 골절은 두덩뼈 골절로 수술한 경우 등을 포함한다.

가나다순 특별약관 색인

<기호 및 숫자>

5대골절수술비보장 특별약관	121
5대골절진단비보장 특별약관	125
2-3인실 상급종합병원일반상해입원일당(1일 이상 30일 한도)보장 특별약관	166
2-3인실 종합병원 일반상해입원일당(1일 이상 30일 한도)보장 특별약관	168
16대특정암진단비보장 특별약관	171
5대고액치료비암진단비보장 특별약관	173
2대질병입원일당(1일 이상)보장 특별약관	182
32대질병관혈수술비(연간1회한)보장 특별약관	205
5대질환수술비(연간1회한)보장 특별약관	207
2대질병특정재활치료비(급여, 1일1회한, 연간90회한)보장 특별약관	241
4대양성종양진단비보장 특별약관	268
2-3인실 상급종합병원 질병입원일당(1일 이상 30일 한도)보장 특별약관	323
2-3인실 종합병원 질병입원일당(1일 이상 30일 한도)보장 특별약관	325
5대장기이식수술비보장 특별약관	353
50%이상후유장애 및 6대질병진단(페이백 기본형)보장 특별약관	362
7대장기이식대기등록보장 특별약관	366
20대가전제품 고장수리비용보장 특별약관	628
12대가전제품 고장수리비용보장 특별약관	629
131대질병수술비보장 특별약관	876

<ㄱ>

골절(치아파절 제외)진단비 II 보장 특별약관	106
골절수술비 II 보장 특별약관	116
골절진단비 II 보장 특별약관	121
간병인사용 일반상해입원일당(1일 이상 180일 한도)(요양병원제외)보장 특별약관	154
간병인사용 일반상해입원일당(1일 이상 180일 한도)(요양병원)보장 특별약관	157
간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(1일 이상 180일 한도)보장 특별약관	159
간병인사용 일반상해입원일당(181일 이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관	162
간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(181일 이상)(요양, 정신, 한방병원제외)보장 특별약관	164
갑상선기능항진증치료비보장 특별약관	190
간질환수술비보장 특별약관	195
갑상선암 및 기타피부암의 전이암(림프절 등 전이제외)진단비보장 특별약관	196
갑상선암(초기제외)진단비보장 특별약관	214
간경변증진단비보장 특별약관	222
계속받는 항암방사선약물치료비(급여)(연간1회한)보장 특별약관	225
결핵진단비보장 특별약관	230
급성심근경색증통원일당(1일 이상 30일 한도)보장 특별약관	235

급성간염(A,B,C형)진단비보장 특별약관	244
갑상선기능저하증진단비보장 특별약관	250
기계적혈전제거술(카테터법)치료비Ⅱ(급여, 연간1회한)보장 특별약관	260
간병인사용 질병입원일당(1일이상 180일한도)(요양병원제외)보장 특별약관	308
간병인사용 질병입원일당(1일이상 180일한도)(요양병원)보장 특별약관	311
간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(1일이상 180일한도)보장 특별약관	314
간병인사용 질병입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관	318
간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관	321
김스치료비보장 특별약관	350
경증이상 치매간병비보장 특별약관	360
골밀도검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	367
갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅱ)보장 특별약관	514
갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅲ)보장 특별약관	515
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)보장 특별약관	539
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)보장 특별약관	542
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관	544
갱신형 일반상해입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)보장 특별약관	547
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(1일이상 180일한도)보장 특별약관	548
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관	551
갱신형 일반상해입원일당(181일이상, 전환용)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관	554
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관	555
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)보장 특별약관	578
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)Q보장 특별약관	581
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)보장 특별약관	584
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관	587
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)Q보장 특별약관	590
갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)보장 특별약관	593
갱신형 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)Q보장 특별약관	595
갱신형 간병인지원 질병입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(1일이상 180일한도)보장 특별약관	596
갱신형 간병인지원 질병입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(1일이상 180일한도)Q보장 특별약관	599
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관	601
갱신형 질병입원일당(181일이상, 전환용)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관	604
갱신형 간병인지원 질병입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관	606
갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅱ보장 특별약관	650
갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회한)보장 특별약관	654

갱신형 항암양성자방사선치료비보장 특별약관	657
갱신형 항암세기조절방사선치료비보장 특별약관	660
갱신형 다빈치로봇 암수술비보장 특별약관	662
갱신형 특정질환3대치료비보장 특별약관	666
갱신형 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)보장 특별약관	670
갱신형 특정면역항암약물허가치료비보장 특별약관	671
갱신형 계속받는 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)보장 특별약관	675
갱신형 체외충격파쇄석술치료비(급여,연간1회한)보장 특별약관	678
갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비(1-3종, 연간1회한)보장 특별약관	680
갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비(1-4종, 연간1회한)보장 특별약관	684
갱신형 표적항암약물허가치료비 II (비급여)보장 특별약관	689
갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비 II (연간1회한)(비급여)보장 특별약관	693
갱신형 3대질환 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	729
갱신형 양전자단층촬영(PET)검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	730
갱신형 부정맥질환특정검사비보장 특별약관	732
갱신형 특정생검조직병리검사비(급여,연간1회한)보장 특별약관	758
갱신형 특정NGS유전자패널검사비(급여,연간1회한)보장 특별약관	760
갱신형 암 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	762
갱신형 암 양전자단층촬영(PET)검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	763
갱신형 유방암 유방재건수술비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	765
갱신형 폴립및양성종양수술비(1~6종)(급여,연간1회한)보장 특별약관	767
갱신형 뇌경위적방사선수술비(급여,연간1회한)보장 특별약관	768
갱신형 특정호르몬약물허가치료비보장 특별약관	770
갱신형 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)보장 특별약관	776
갱신형 암 내시경검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	779
급성심근경색증진단비보장 특별약관	825
급성심근경색증진단비 II 보장 특별약관	826
갱신형 통합 산정특례 진단비보장 특별약관	1034
갱신형 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상 진단비보장 특별약관	1041
갱신형 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특별약관	1043
갱신형 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특별약관	1045
갱신형 중증화상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특별약관	1046
갱신형 중증외상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특별약관	1047
갱신형 6대심장질환진단비보장 특별약관	1094
갱신형 6대심장질환진단비 II 보장 특별약관	1095
교통사고 처리지원금(VI)보장 특별약관	1122
교통사고 처리지원금(III)(중대법규위반,6주미만)보장 특별약관	1125

<↳>

뇌출혈진단비보장 특별약관	174

뇌졸중통원일당(1일 이상 30일 한도)보장 특별약관	233
뇌전증진단비보장 특별약관	245
뇌졸중진단비보장 특별약관	821
뇌졸중진단비 II 보장 특별약관	822
뇌혈관질환진단비보장 특별약관	823
뇌혈관질환진단비 II 보장 특별약관	824
뇌혈관질환수술비보장 특별약관	987
뇌혈관질환수술비(25%체증형)보장 특별약관	990

<ㄷ>

대상포진진단비보장 특별약관	219
대상포진눈병진단비보장 특별약관	220

<ㄹ>

말기폐질환진단비보장 특별약관	175
말기간경화진단비보장 특별약관	176
말기신부전증진단비보장 특별약관	176
만성당뇨합병증진단비보장 특별약관	189
만성신부전 투석치료비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	247
만성신부전 동정맥루조성술치료비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	248
민사소송법률비용보장 특별약관	369
무배당 수술비(1~7종, 연간3회한)(질병)보장 특별약관2404(알돌형)	913

<ㅂ>

보험료납입지원(유사암진단)보장 특별약관	251
보험료 자동납입 특별약관	477
비운전자용 자동차사고부상치료비(II)보장 특별약관	1131
비운전자용 교통상해사망보장 특별약관	1134
비운전자용 교통상해후유장해(3~100%)보장 특별약관	1136

<ㅅ>

신화상치료비보장 특별약관	106
상해수술비보장 특별약관	108
신골절치료비(치아파절포함)보장 특별약관	113
상급종합병원 일반상해입원일당(1일 이상)보장 특별약관	114
상해사고부상치료비보장 특별약관	117
상해흉터복원수술비보장 특별약관	118
상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당(1일 이상 10일 한도)보장 특별약관	119

수술비(1~7종, 연간3회한)[상해]보장 특별약관	122
상급병실(1인실) 종합병원 일반상해입원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관	126
상급병실(1인실) 종합병원 일반상해수술입원일당(1일이상 10일한도)보장 특별약관	127
상급종합병원 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	215
상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당(1일이상 10일한도)보장 특별약관	223
심근병증진단비보장 특별약관	246
상급병실(1인실) 종합병원 질병입원일당(1일이상 30일한도)보장 특별약관	271
상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당(1일이상 10일한도)보장 특별약관	273
신김스치료비보장 특별약관	354
사망보험금 양육연금전환 특별약관	478
신8대가전제품 고장수리비용보장 특별약관	629

<O>

일반상해사망추가보장 특별약관	103
일반상해80%이상후유장해보장 특별약관	104
일반상해후유장해(3~100%)보장 특별약관	105
일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관	109
일반상해중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관	115
일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 200만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	130
일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 300만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	131
일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 500만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	133
일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 700만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	134
일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 1,000만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	136
일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 1,500만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	137
일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 2,000만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	139
일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 200만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	140
일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 300만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	142
일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 500만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	144
일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 700만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	146
일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 1,000만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	148
일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 1,500만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	150
일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 2,000만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	152
일반상해입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관	161

암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)보장 특별약관	180
암수술비(유사암제외)보장 특별약관	184
암수술비(유사암제외)(최초1회한)보장 특별약관	186
양성뇌종양진단비Ⅱ보장 특별약관	188
요로결석진단비보장 특별약관	193
요실금수술비(급여)(연간1회한)보장 특별약관	208
암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도)보장 특별약관	210
유사암수술비보장 특별약관	212
암직접치료통원일당(상급종합병원)보장특별약관	227
약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비보장특별약관	232
암특정통증완화치료비(급여,연간1회한)보장 특별약관	237
암특정재활치료비(급여,1일1회한,연간20회한)보장 특별약관	239
암수술비(유사암제외)(25%체증형)보장특별약관	252
유사암수술비(25%체증형)보장 특별약관	255
암 주요치료비(연간1회한, 5년간)보장 특별약관	327
유방절제수술복원치료비(부분절제제외)보장 특별약관	351
인공관절수술비보장 특별약관	352
응급실내원비(응급)보장 특별약관	356
아나필락시스진단비(응급, 연간1회한)보장 특별약관	365
의료사고법률비용보장 특별약관	372
이륜자동차 운전중 상해 부보장 특별약관	483
암진단비(유사암제외)보장 특별약관	810
암진단비(유사암 및 소액암 제외)보장 특별약관	812
유사암진단비보장 특별약관	816
유사암진단비Ⅱ보장 특별약관	818
운전자용 벌금(Ⅱ)보장 특별약관	1119
운전자용 벌금(대물)보장 특별약관	1121
운전자용 자동차사고부상치료비(Ⅱ)보장 특별약관	1130
운전자용 교통상해사망보장 특별약관	1132
운전자용 교통상해후유장해(3~100%)보장 특별약관	1135

<ㅈ>

종합병원 일반상해입원일당(1일이상)보장 특별약관	110
중대한특정상해수술비보장 특별약관	111
질병사망보장 특별약관	169
질병사망추가보장 특별약관	170
질병80%이상후유장해보장 특별약관	170
질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	179
종합병원 질병입원일당(1일이상)보장 특별약관	191
조혈모세포이식수술비보장 특별약관	201

질병후유장해(3~100%)보장 특별약관	202
질병중환자실입원일당(1일이상)보장 특별약관	217
중대한재생물량성빈혈진단비보장 특별약관	231
질병입원 간병인비용지원(간병인비용 200만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	277
질병입원 간병인비용지원(간병인비용 300만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	279
질병입원 간병인비용지원(간병인비용 500만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	281
질병입원 간병인비용지원(간병인비용 700만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	283
질병입원 간병인비용지원(간병인비용 1,000만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	285
질병입원 간병인비용지원(간병인비용 1,500만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	287
질병입원 간병인비용지원(간병인비용 2,000만원 이상)(요양병원제외)보장 특별약관	289
질병입원 간병인비용지원(간병인비용 200만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	291
질병입원 간병인비용지원(간병인비용 300만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	293
질병입원 간병인비용지원(간병인비용 500만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	296
질병입원 간병인비용지원(간병인비용 700만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	298
질병입원 간병인비용지원(간병인비용 1,000만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	301
질병입원 간병인비용지원(간병인비용 1,500만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	303
질병입원 간병인비용지원(간병인비용 2,000만원 이상)(간호·간병통합서비스 포함)보장 특별약관	306
질병입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장 특별약관	316
종합병원 암 주요치료비(본인부담금 1천만원이상)(연간1회환, 5년간)보장 특별약관	335
종합병원 암 주요치료비(본인부담금 2천만원이상)(연간1회환, 5년간)보장 특별약관	342
중증치매간병비보장 특별약관	348
중등도이상 치매간병비보장 특별약관	357
지정대리청구서비스 특별약관	480
장애인전용보험전환 특별약관	481
전자서명 특별약관	485
전이암진단비보장 특별약관	820
질병수술비(특정5대질병 제외)보장 특별약관	873
질병수술비보장 특별약관	875
자동차사고 변호사선임비용(타인사망,중대법규위반및중상해경찰조사포함)보장 특별약관	1127

<★>

총수염수술비보장 특별약관	194

<■>

특정희귀난치성질환수술비보장 특별약관	198
통풍진단비보장 특별약관	221
특정간담체질환진단비보장 특별약관	262
특정소화계질환진단비보장 특별약관	266
특별조건부(할증보험료법) 특별약관	477
특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관	486

통합암진단비(유사암제외)보장 특별약관	814

<☞>

항암방사선약물치료비보장 특별약관	177
호흡기관질환수술비보장 특별약관	199
희귀난치성 7대질환진단비보장 특별약관	204
혈전용해치료비Ⅱ보장 특별약관	257
혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)보장 특별약관	258
허혈성심장질환진단비보장 특별약관	827
허혈성심장질환진단비Ⅱ보장 특별약관	828
허혈성심장질환수술비보장 특별약관	988
허혈성심장질환수술비(25%체증형)보장 특별약관	991

meritz 메리츠화재

메리츠화재 고객센터



1566-7711

보험가입 / 보험료산출 / 계약조회 / 계약변경 / 제지금금안내 / 제증명서발급 / 사고접수
사고상당 / 사고조회 / 대출상당 / 이자납입안내 / 대출만기안내