무배당 프로미라이프

나에게 맞춘 간편건강보험2510

약관 이용 가이드

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

약관 이용 가이드	약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 **약관의 구성, 쉽게 찾는 방법** 등의 내용을 담고 있는 지침서
약관 요약서	약관을 쉽게 이해할 수 있도록 **계약 주요내용** 및 **유의사항** 등을 **시각적 방법**을 이용하여 **약관을 간단 요약**
보험약관	**보통약관 :** 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본약관 **특별약관 :** 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관
인용법규 및 색인 등	약관 이해를 돕기 위한 어려운 **법률·보험용어**의 **해설**, 가나다 **順특약 색인, 관련 법규**등을 소비자에게 안내

3 QR코드를 통한 편리한 정보이용

QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하면 상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상	보험금 지급절차	전국 지점
약관해설 동영상	보험금 지급절차	전국 지점

4 약관의 핵심 체크항목 쉽게찾기(보통약관기준)

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

1	**보험금 지급 및 지급제한 사항**	(보험금의 지급사유), (보험금을 지급하지 않는 사유)		p53 p54
*가입한 특약을 확인하여 **특약별 보험금의 지급사유 및 보험금을 지급하지 않는 사유도 반드시 확인**할 필요				
2	**청약철회**	(청약의 철회)		p61
3	**계약 취소**	(약관교부 및 설명의무 등)		p61
4	**계약 무효**	(계약의 무효)		p62
5	**계약 전 알릴 의무 및 위반 효과**	(계약 전 알릴 의무), (알릴 의무 위반의 효과)		p57 p59

6	**계약 후 알릴 의무 및 위반 효과**	(계약 후 알릴 의무) (알릴 의무 위반의 효과)		p58 p59
7	**보험료 연체 및 해지**	(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)		p68
8	**부활(효력회복)**	(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활)		p68
9	**해약환급금**	(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) (해약환급금)		p69 p70
10	**보험계약대출**	(보험계약대출)		p73

5 약관을 쉽게 이용할 수 있는 방법

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

1. 시각화된 **'약관 요약서'**를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원 사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다. ····· p25

2. **'약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'**를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다. ····· p4

3. **'가나다 順 색인'**을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특별약관을 쉽게 찾을 수 있습니다. ····· p17

4. 약관 내용 중 어려운 보험용어는 **프로미라이프 용어사전, 약관 본문 Box안 예시** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다. ····· p44

5. 스마트폰으로 **QR코드**를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내받을 수 있습니다. ····· p3

6. **'약관에서 인용한 법규'**를 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다. ····· p998

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.idbins.com)**, **고객 콜센터(1588-0100)**로 문의 가능

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

목차

약관 요약서 ····· 25

Ⅰ. 소비자가 반드시 알아두여야 할 유의사항 ····· 27

Ⅱ. 계약의 일반사항 ····· 31

Ⅲ. 보험금 청구시 준비하셔야 할 서류 ····· 34

Ⅳ. 자주 발생하는 민원 예시 ····· 40

Ⅴ. 신용정보 제공활용에 대한 고객 권리 안내문 ····· 42

Ⅵ. 프로미라이프 용어사전 ····· 44

Ⅶ. 프로미라이프 지식백과 ····· 47

※ 해당 약관은 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

보통약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· **51**
1. (목적) ····· 51
2. (용어의 정의) ····· 51

제2관 보험금의 지급 ····· **53**
3. (보험금의 지급사유(상해사망(맞춤간편고지)) ····· 53
4. (보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 54
5. (보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 54
6. (보험금 지급사유의 통지) ····· 55
7. (보험금의 청구) ····· 55
8. (보험금의 지급절차) ····· 55
9. (만기환급금의 지급) ····· 56
10. (보험금 받는 방법의 변경) ····· 56
11. (주소변경통지) ····· 57
12. (보험수익자의 지정) ····· 57
13. (대표자의 지정) ····· 57

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· **57**
14. (계약 전 알릴 의무) ····· 57
15. (계약 후 알릴 의무) ····· 58
16. (알릴 의무 위반의 효과) ····· 59
17. (사기에 의한 계약) ····· 59

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· **60**
18. (보험계약의 성립) ····· 60
19. (청약의 철회) ····· 61
20. (약관교부 및 설명의무 등) ····· 61
21. (계약의 무효) ····· 62
22. (계약내용의 변경 등) ····· 63
23. (보험나이 등) ····· 64
24. (계약의 소멸) ····· 65

제5관 보험료의 납입 ····· **66**
25. (제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 66
26. (제2회 이후 보험료의 납입) ····· 66

26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限)) ····· 66
27. (보험료의 자동대출납입) ····· 67
28. (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 68
29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 68
30. (강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)) ····· 69

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 ····· 69
31. (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 69
32. (중대사유로 인한 해지) ····· 70
33. (회사의 파산선고와 해지) ····· 70
34. (위법계약의 해지) ····· 70
35. (해약환급금) ····· 70
(해약환급금 지급형 계약) ····· 70
(해약환급금 미지급형B(세만기형) 계약) ····· 71
(해약환급금 미지급형B(갱신형) 계약) ····· 72
36. (공시이율의 적용 및 공시) ····· 72
37. (중도인출금) ····· 72
38. (보험계약대출) ····· 73
39. (배당금의 지급) ····· 73

제7관 보험계약의 자동갱신 등(갱신형 계약限) ····· 74
40. (보험기간 및 자동갱신) ····· 74
41. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 74
42. (자동갱신 적용) ····· 74

제8관 분쟁조정 등 ····· 74
43. (분쟁의 조정) ····· 74
44. (관할법원) ····· 74
45. (소멸시효) ····· 75
46. (약관의 해석) ····· 75
47. (설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ····· 75
48. (회사의 손해배상책임) ····· 75
49. (개인정보보호) ····· 75
50. (준거법) ····· 75
51. (예금보험에 의한 지급보장) ····· 75

특별약관

제1장 상해관련 ····· 77
1. 상해80%이상후유장해(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 79
2. 상해입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 80
3. 상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 80
4. 상해수술비(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ··· 82
5. 상해1~5종수술비Ⅱ(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 83
6. 상해50%이상후유장해(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ···· 85
7. 화상치료비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 86
8. 골절진단비(치아제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 87
9. 골절진단비(치아포함)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 88
10. 골절수술비(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 89
11. 중대한특정상해수술비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ··· 90
12. 상해입원·통원수술비(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 91
13. 5대골절진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 93
14. 상해흉터복원수술비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 93
15. 상급종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 94
16. 종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 96
17. 상해입원일당(요양병원)(환자분류체계별)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 99
18. 상해후유장해(3~100%)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 105
19. 상해수술비(특정경증상해제외)(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 106
20. 척추상해수술비(관혈/비관혈)(연간1회한,동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 108
21. 창상봉합술치료비(안면부,1일1회한,연간3회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 110
22. 창상봉합술치료비(1일1회한,연간3회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 111
23. 중증화상 산정특례대상 진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 112
24. 중증외상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한)(맞춤간편고지)

(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 114
25. 상해후유장해(20~100%)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 116
26. 상급종합병원 1인실(특실포함) 상해입원일당(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 118
27. 종합병원 1인실(특실포함) 상해입원일당(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)(비갱
신형/갱신형) 특별약관 ····· 120
28. 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 122
29. 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 123
30. 간병인사용상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 126
31. 간병인사용상해입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당8시간이상)
(181일이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 128
32. 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 131
33. 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)
(181일이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 132
34. 간병인사용 상해입원지원비(간병인비용연간300만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 134
34-1. 간병인사용상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간300만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 134
34-2. 간병인사용상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간300만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 137
35. 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당8시간이상)
(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 141
36. 간병인사용상해입원일당(요양병원)(체증형)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 144
37. 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(체증형)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 146
38. 상급종합병원 상해수술비(동일사고당1회지급)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 148
39. 상급종합병원2,3인실상해입원일당(1일이상30일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 150
40. 종합병원2,3인실상해입원일당(1일이상30일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 153
41. 간병인사용 상해입원지원비(간병인비용연간100만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 155
41-1. 간병인사용상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간100만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 155
41-2. 간병인사용상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간100만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 158
42. 간병인사용상해입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 162
43. 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 165
44. 간병인사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 167

제2장 질병관련 ····· 171
1. 질병사망Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 173
2. 질병80%이상후유장해(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ·· 174
3. 질병입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 · 175
4. 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 176
5. 질병수술비(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 · 179
6. 질병1~5종수술비Ⅲ(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 181
7. 질병1-5종수술비Ⅵ(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 183
8. 119대질병수술비Ⅳ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 187
9. 암진단비Ⅱ(유사암제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 190
10. 유사암진단비Ⅲ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 192
11. 중증갑상선암진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 193
12. 고액치료비암진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 195
13. 11대특정암진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 197
14. 계속받는암진단비(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 198
15. 통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ···· 205
16. 통합전이암진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 209
17. 암수술비(유사암제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 214
18. 암직접치료입원일당Ⅱ(요양병원제외)(1일이상180일한도)

(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 216
19. 암입원일당Ⅱ(요양병원)(1일이상90일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 220
20. 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암포함)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 224
21. 급성심근경색증진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 228
22. 급성심근경색증수술비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 229
23. 허혈심장질환입원일당Ⅱ(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 231
24. 뇌졸중진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 232
25. 뇌출혈진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 233
26. 뇌출혈수술비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 234
27. 뇌혈관질환입원일당Ⅱ(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 236
28. 뇌혈관질환진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 237
29. 허혈심장질환진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 238
30. 주요뇌혈관질환진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 239
31. 주요허혈심장질환진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 240
32. 7대기관수술비Ⅱ(최초1회한,관혈/비관혈)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 241
33. 뇌혈관질환수술비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 244
34. 허혈심장질환수술비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 246
35. 2대질병수술비Ⅱ(뇌혈관질환,허혈심장질환)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 247
36. 항암방사선치료비Ⅱ(유사암포함)(치료당)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 249
37. 항암약물치료비Ⅱ(유사암포함)(치료당)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 253
38. 계속받는비급여표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 259
39. 비급여표적항암약물허가치료비Ⅱ(최초1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 265
40. 유사암수술비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 270
41. 암수술비(유사암제외)(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ··· 273
42. 계속받는항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암포함)(급여)(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 275
43. 혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ·· 280
44. 질병수술비(매회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 282
45. 4대순환계질환진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 284
46. 다빈치로봇 암수술비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ··· 286
47. 다빈치로봇 특정수술비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 289
48. 대상포진진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 291
49. 대상포진눈병진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 292
50. 통풍진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 293
51. 주요장질환진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 294
52. 충수염(맹장염)수술비(최초1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 295
53. 여성요실금수술비(급여)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ·· 296
54. 특정5대기관 양성신생물(폴립포함)수술비(급여,연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 298
55. 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 300
56. 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 303
57. 질병입원일당Ⅱ(요양병원)(환자분류체계별)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 306
58. 7대기관수술비Ⅱ(연간1회한,관혈/비관혈)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 316
59. 주요심·뇌·5대혈관 수술비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ···· 319
60. 심장질환(특정Ⅰ)진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 321
61. 심장질환(특정Ⅱ)진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 322
62. 심장질환(특정Ⅲ)진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 323
63. 갑상선암호르몬약물허가치료비Ⅱ(최초1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 324
64. 질병후유장해Ⅱ(3~100%)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 328
65. 순환계질환진단비Ⅱ(2~5종)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ···· 330
66. 순환계질환진단비Ⅱ(3~5종)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ···· 331
67. 순환계질환진단비Ⅱ(4~5종)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ···· 333
68. 순환계질환진단비Ⅱ(5종)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 334
69. 순환계질환진단비Ⅱ(2~3종)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ···· 335
70. 순환계질환진단비Ⅱ(3종)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 336
71. 뇌동맥류진단비Ⅱ(비파열성)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ···· 337
72. 척추질병수술비(관혈/비관혈)(연간1회한,동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)

(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 338
73. 6대질병진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 340
74. 보험료납입지원보장Ⅱ(유사암진단)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ·· 343
75. 질병후유장해Ⅱ(20~100%)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ··· 346
76. 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ·· 347
77. 혈전용해치료비Ⅳ(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ·· 349
78. 혈전용해치료비Ⅳ(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ·· 351
79. 질병1~5종수술비Ⅳ(특정다빈도 9대질병 제외)(동일질병당1회지급)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 353
80. 암진단비Ⅳ(소액암제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 356
81. 항암방사선치료비Ⅱ(유사암포함)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 358
82. 항암약물치료비Ⅱ(유사암포함)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 362
83. 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 366
84. 계속받는표적항암약물허가치료비
(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 371
85. 암수술비(유사암포함)
(30%체증형)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 376
86. 뇌혈관질환수술비
(30%체증형)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 380
87. 허혈심장질환수술비
(30%체증형)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 383
88. 중증질환자 중복암 산정특례진단비(연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 386
89. 암중환자실입원일당Ⅲ(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 390
90. 뇌혈관질환 및 허혈심장질환 중환자실입원일당Ⅱ(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 393
91. 암직접치료통원비(유사암제외)(상급종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 396
92. 암직접치료통원비(유사암제외)(종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 399
93. 암직접치료통원비(유사암제외)(연간30회한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 403
94. 암직접치료통원비Ⅱ(상급종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 405
95. 암직접치료통원비Ⅱ(종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 410
96. 암직접치료통원비Ⅱ(연간30회한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 414
97. 뇌졸중통원비Ⅱ(상급종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 418
98. 뇌졸중통원비Ⅱ(종합병원](연간30회한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 420
99. 뇌졸중통원비Ⅱ(연간30회한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 423
100. 급성심근경색증통원비Ⅱ(상급종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 424
101. 급성심근경색증통원비Ⅱ(종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 427
102. 급성심근경색증통원비Ⅱ(연간30회한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 429
103. 암(유사암제외) 치료비지원(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ··· 430
104. 기타피부암 및 갑상선암 치료비지원(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 432
105. 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원일당(1일이상30일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 433
106. 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원일당(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 436
107. 질병수술비(상급종합병원)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 439
108. 질병수술비(종합병원)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 442
109. 질병수술비(상급종합병원)(매회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 445
110. 질병수술비(종합병원)(매회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 449
111. 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 452
112. 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 454
113. 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)

(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 456
114. 간병인사용질병입원일당Ⅱ(요양병원제외)(1일당8시간이상)
(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 458
115. 간병인사용질병입원일당Ⅱ(요양병원)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 462
116. 간병인사용질병입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당8시간이상)
(181일이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 464
117. 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당Ⅱ
(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 468
118. 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)
(181일이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 471
119. 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비Ⅱ(10일면책,연간1회한)
(맞춤간편고지)(갱신형) 특별약관 ····· 473
120. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(간병인비용연간300만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 475
120-1. 간병인사용질병입원지원비Ⅱ(요양병원제외)
(간병인비용연간300만원이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 475
120-2. 간병인사용질병입원지원비Ⅱ(요양병원)(간병인비용연간300만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 479
121. 간병인사용질병입원일당Ⅱ(요양병원제외)(체증형)(1일당8시간이상)
(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 483
122. 간병인사용질병입원일당Ⅱ(요양병원)(체증형)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 487
123. 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당Ⅱ(체증형)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 489
124. 특정항암호르몬약물허가치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 492
125. 특정항암호르몬약물허가치료비Ⅱ(유사암제외)(최초1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 497
126. 상급종합병원2,3인실질병입원일당Ⅱ(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 502
127. 종합병원2,3인실질병입원일당Ⅱ(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 505
128. 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 508
129. 기타피부암 및 갑상선암주요치료비Ⅱ(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 512
130. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(간병인비용연간100만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 516
130-1. 간병인사용질병입원지원비Ⅱ(요양병원제외)
(간병인비용연간100만원이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 516
130-2. 간병인사용질병입원지원비Ⅱ(요양병원)(간병인비용연간100만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 520
131. 폐렴진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 525
132. 폐렴진단비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 526
133. 패혈증진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 527
134. 패혈증진단비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 528
135. 주요폐질환진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 529
136. 주요폐질환진단비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 530
137. 외부요인으로인한폐질환진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 532
138. 외부요인으로인한폐질환진단비(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 533
139. 천식진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 534
140. 주요2대호흡계질환진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 535
141. 순환계질환(3-5종)주요치료비(요양병원제외)(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 536
142. 순환계질환(3-5종)주요치료비(종합병원)(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 542
143. 순환계질환(3-5종)치료비지원(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 549
144. 순환계질환(4-5종)주요치료비(요양병원제외)(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 550
145. 순환계질환(4-5종)주요치료비(종합병원)(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 556
146. 순환계질환(4-5종)치료비지원(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 561
147. 순환계질환(5종)주요치료비(요양병원제외)(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 562
148. 순환계질환(5종)주요치료비(종합병원)(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 567
149. 순환계질환(5종)치료비지원(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ··· 573
150. 질병수술비Ⅱ(특정경증질환제외)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)

(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 574
151. 질병수술비Ⅱ(특정경증질환,백내장 및 대장용종제외)
(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 576
152. 질병수술비Ⅱ(특정경증질환,특정다빈도9대질병제외)
(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 579
153. 질병수술비Ⅱ(특정경증질환제외)(매회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 581
154. 질병수술비Ⅱ(특정경증질환,12대특정질병치료수술제외)(매회지급)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 584
155. 암주요치료비Ⅱ(상급종합병원플러스)(유사암제외)(연간1회한)
(10년지급대상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 587
156. 기타피부암 및 갑상선암주요치료비Ⅱ(상급종합병원플러스)(연간1회한)
(10년지급대상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 593
157. 하이클래스암주요치료비Ⅱ(연간1회한)(10년지급대상)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 599
158. 하이클래스항암약물치료비Ⅱ(연간1회한)(10년지급대상)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 603
159. 통합유사암진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 608
160. 정신질환진단비(최초1회한)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 610
161. 정신질환입원일당(연간20일한도)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 614
162. 중증정신질환통원일당(연간12회한도)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 617
163. 간병인사용질병입원일당Ⅱ(상급종합병원)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 618
164. 항암중입자방사선치료비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 623
165. 항암중입자방사선치료비(치료당)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 625
166. 순환계질환(3-5종)주요치료비(상급종합병원)(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 628
167. 순환계질환(4-5종)주요치료비(상급종합병원)(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 633
168. 순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원)(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 639
169. 순환계질환(3-5종)주요치료비(세부보장별)(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 645
169-1. 순환계질환(3-5종)주요치료비(수술시)(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 645
169-2. 순환계질환(3-5종)주요치료비(혈전용해치료시)(뇌혈관질환)
(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 647
169-3. 순환계질환(3-5종)주요치료비(혈전용해치료시)(심혈관,기타)
(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 649
169-4. 순환계질환(3-5종)주요치료비(종합병원)(중환자실입원시)
(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 650
170. 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(세부보장별)(유사암제외)(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 654
170-1. 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(수술시)(유사암제외)(연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 654
170-2. 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암방사선치료시)(유사암제외)
(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 658
170-3. 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암약물치료시)(유사암제외)
(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 660
170-4. 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(유사암제외)
(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 663
171. 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(세부보장별)(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 668
171-1. 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(수술시)(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 668
171-2. 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암방사선치료시)(연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 672
171-3. 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암약물치료시)(연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 675
171-4. 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 679
172. 유사암 항암방사선약물치료비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 685
173. 통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 688
174. 통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 693
175. 보장강화형암주요치료비(유사암포함)(종합병원)
(연간2천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 698
176. 보장강화형암주요치료비(유사암포함)(종합병원)
(연간3천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 705
177. 보장강화형암주요치료비(유사암포함)(종합병원)

(연간4천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 713
178. 보장강화형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)
(연간2천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 721
179. 보장강화형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)
(연간3천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 729
180. 보장강화형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)
(연간4천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 737
181. 슬림형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)
(연간5천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 745
182. 슬림형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)
(연간7천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 753
183. 슬림형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)
(연간1.2억원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 760
184. 비급여암주요치료비(전액본인부담포함)
(연간2천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 767
185. 비급여암주요치료비(전액본인부담포함)
(연간5천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 779
186. 비급여암주요치료비(전액본인부담포함)
(연간8천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 791
187. 암주요재활치료비Ⅱ(급여,1일1회,연간10회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 803
188. MRI검사지원비Ⅱ(3대질병,급여,연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 805
189. CT,MRI,초음파,뇌파,뇌척수액검사지원비Ⅱ
(뇌심장질환,급여,연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 · 807
190. 혈관조영술검사지원비Ⅱ(뇌심장질환,급여,연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 809
191. 간병인사용질병입원일당Ⅱ(요양병원제외)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 810
192. 간병인사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 813

제3장 질병 및 상해 관련 ····· 817
1. 등급별 골절 및 특정외상진단비Ⅰ(1~6급, 연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 819
2. 등급별 골절 및 특정외상진단비Ⅱ(1~6급, 연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 821
3. 등급별 골절 및 특정외상수술비Ⅰ(1~6급, 연간1회한)
(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 824
4. 등급별 골절 및 특정외상수술비Ⅱ(1~6급, 연간1회한)
(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 826
5. 깁스치료비(상해 및 질병)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 829
6. 신깁스치료비(상해 및 질병)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ···· 830
7. 보험료납입면제대상보장(5대사유)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 831
8. 각막이식수술비Ⅱ(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ·· 834
9. 추간판탈출증수술비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 835
10. 추간판탈출증신경차단술치료비Ⅱ(급여,연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 837
11. 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 진단비Ⅱ(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 838
12. 중증질환자 심장질환 산정특례대상 진단비Ⅱ(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 840
13. 응급실내원보험금(응급환자)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ···· 843
14. 응급실내원보험금(응급환자)(연간12회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 844
15. 전신마취수술비(6시간이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 846
16. 전신마취수술비(4시간이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 848
17. 양전자단층촬영검사지원비Ⅱ(PET)(급여,연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 850

제4장 배상책임 관련 ····· 853
1. 가족일상생활배상책임Ⅳ(실손)(갱신형) 특별약관 ····· 855

제도성 특별약관
1. 이륜자동차 운전중상해 부담보 특별약관 ····· 865
2. 보험료 자동납입 특별약관 ····· 866
3. 선지급 서비스 특별약관 ····· 866
4. 지정대리청구서비스Ⅱ 특별약관 ····· 868
5. 전자서명 특별약관 ····· 869
6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관 ····· 869

7. 장애인전용보험전환 특별약관 ····· 870
8. 가입 후 무사고 고객 계약전환 특별약관 ····· 873
9. 장기보장성보험 적립부분 만기유지 특별약관 ····· 877

【별표1】 장해분류표 ····· 879
【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 894
【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 ····· 895
【별표4】 1~5종수술 분류표 ····· 897
【별표6】 순환계질환 분류표 ····· 901
【별표6-1】 순환계질환 중 뇌혈관질환 분류표 ····· 903
【별표6-2】 순환계질환 중 심혈관 및 기타 질환 분류표 ····· 904
【별표7】 악성신생물(암) 분류표 ····· 905
【별표8】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 ····· 906
【별표9】 제자리신생물 분류표 ····· 907
【별표10】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 907
【별표11】 11대특정암 분류표 ····· 908
【별표12】 뇌졸중 분류표 ····· 909
【별표13】 6대질병 분류표 ····· 909
【별표14】 뇌출혈 분류표 ····· 911
【별표15】 급성심근경색증 분류표 ····· 911
【별표16】 통합전이암 분류표 ····· 912
【별표17】 고액치료비암 분류표 ····· 913
【별표18】 심장질환(특정Ⅰ) 분류표 ····· 914
【별표19】 심장질환(특정Ⅱ) 분류표 ····· 915
【별표20】 심장질환(특정Ⅲ) 분류표 ····· 915
【별표21】 특정허혈심장질환 분류표 ····· 916
【별표22】 119대질병Ⅲ 분류표 ····· 916
【별표23】 화상분류표 ····· 924
【별표24】 골절 및 특정외상 분류표 ····· 924
【별표25】 골절 및 특정외상 등급분류기준표 ····· 925
【별표26】 뇌혈관질환 분류표 ····· 926
【별표27】 허혈심장질환 분류표 ····· 927
【별표28】 골절(치아파절제외) 분류표 ····· 927
【별표29】 골절 분류표 ····· 928
【별표30】 갑상선암 분류표 ····· 928
【별표31】 주요뇌혈관질환 분류표 ····· 929
【별표32】 주요허혈심장질환 분류표 ····· 929
【별표33】 7대기관질환 분류표 ····· 930
【별표34】 중대한특정상해 분류표 ····· 931
【별표35】 갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 ····· 932
【별표36】 특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 ····· 933
【별표39】 뇌동맥류(비파열성) 분류표 ····· 935
【별표40】 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 ····· 935
【별표41】 5대골절 분류표 ····· 941
【별표42】 대상포진 분류표 ····· 941
【별표43】 대상포진눈병 분류표 ····· 942
【별표44】 통풍 분류표 ····· 942
【별표45】 주요장질환 분류표 ····· 943
【별표46】 충수염(맹장염) 분류표 ····· 943
【별표49】 요실금 분류표 ····· 944
【별표50】 요실금수술 대상 수가코드 ····· 944
【별표51】 5대기관 양성신생물(폴립포함) 분류표 ····· 945
【별표52】 5대기관 양성신생물(폴립포함) 수술(급여) 대상 수가코드 ····· 945
【별표54】 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자) ····· 946
【별표55】 주요심·뇌·5대혈관 분류표 ····· 947
【별표56】 4대순환계질환 분류표 ····· 948
【별표57】 척추상해 분류표 ····· 948
【별표58】 척추질병 분류표 ····· 949
【별표59】 급여 안면부창상봉합술(3㎝이상 또는 근육에 달하는 것) 대상 수가코드 ····· 950
【별표60】 급여 창상봉합술 대상 수가코드 ····· 951
【별표61】 추간판탈출증 분류표 ····· 953
【별표62】 추간판탈출증 신경차단술(급여) 대상 수가코드 ····· 953
【별표63】 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표 ····· 955
【별표63-1】 본인부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병명 ····· 955
【별표63-2】 본인부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술명 ····· 955
【별표64】 중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표 ····· 957
【별표64-1】 본인부담금 산정특례 심장질환의 상병명 ····· 957
【별표64-2】 본인부담금 산정특례 심장질환의 수술명 ····· 958
【별표64-3】 본인부담금 산정특례 심장질환의 약제성분명 ····· 961
【별표65】 중증화상 산정특례대상 분류표 ····· 962
【별표65-1】 본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명 ····· 962
【별표66】 중증외상환자 산정특례대상 분류표 ····· 964
【별표67】 소액암 분류표 ····· 964
【별표68】 특정다빈도 9대질병 분류표 ····· 965
【별표69】 특정다빈도 10대질병 분류표 ····· 966
【별표70】 제왕절개수술 및 체외충격파쇄석술 치료 분류표 ····· 968

【별표71】 중증질환자 암 산정특례대상 분류표 ····· 968
【별표71-1】 중증질환자 중복암 산정특례대상질환 분류표 ····· 969
【별표77】 독감(인플루엔자) 분류표 ····· 969
【별표77-1】 독감 항바이러스제 성분명 ····· 970
【별표79】 폐렴 분류표 ····· 970
【별표80】 패혈증 분류표 ····· 971
【별표81】 주요폐질환 분류표 ····· 971
【별표82】 외부요인으로인한폐질환 분류표 ····· 972
【별표83】 천식 분류표 ····· 972
【별표84】 주요2대호흡계질환 분류표 ····· 973
【별표85】 특정급여치료대상 수가코드 ····· 973
【별표86】 특정경증질환 분류표 ····· 976
【별표87】 백내장/대장종양 분류표 ····· 976
【별표88】 특정경증질환Ⅱ 분류표 ····· 977
【별표89】 제자리신생물(피부 및 유방) 분류표 ····· 977
【별표90】 제자리신생물(자궁경부 및 생식기관) 분류표 ····· 978
【별표91】 제자리신생물(기타) 분류표 ····· 978
【별표92】 특정경증상해 분류표 ····· 979
【별표93】 정신질환 1~5군 분류표 ····· 979
【별표94】 정신질환 1~3그룹 분류표 ····· 981
【별표95】 중증정신질환 분류표 ····· 983
【별표96】 전신마취 의료행위 분류표 ····· 983
【별표97】 1-5종수술Ⅴ 분류표 ····· 984
【별표98】 요양병원 입원환자(의료경도 이상)분류표 ····· 988
【별표99】 요양병원 입원환자(의료중도 이상)분류표 ····· 988
【별표100】 요양병원 입원환자(의료고도 이상)분류표 ····· 989
【별표101】 요양병원 입원환자(의료최고도)분류표 ····· 989
【별표102】 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 ····· 990
【별표103】 암주요재활치료(급여) 대상 수가코드 ····· 991
【별표104】 3대질병 분류표 ····· 991
【별표105】 뇌심질환 분류표 ····· 993
【별표106】 급여 뇌심질환 검사 분류표 ····· 994
【별표107】 급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술 분류표 ····· 997

참고. 약관에서 인용한 법규 ····· 998

가나다順 색인

(ㄱ)

가족일상생활배상책임Ⅳ(실손)(갱신형) 특별약관 ····· 855
가입 후 무사고 고객 계약전환 특별약관 ····· 873
각막이식수술비Ⅱ(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 834
간병인사용상해입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 162
간병인사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)
(181일이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 128
간병인사용상해입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당8시간이상)
(181일이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 128
간병인사용상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 126
간병인사용상해입원일당(요양병원)(체증형)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 144
간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 123
간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 165
간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당8시간이상)
(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 141
간병인사용 상해입원지원비(간병인비용연간100만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 155
간병인사용 상해입원지원비(간병인비용연간300만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 134
간병인사용상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간100만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 158
간병인사용상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간300만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 137
간병인사용상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간100만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 155
간병인사용상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간300만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 134
간병인사용질병입원일당Ⅱ(상급종합병원)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 618
간병인사용질병입원일당Ⅱ(요양병원)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 462
간병인사용질병입원일당Ⅱ(요양병원)(체증형)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 487
간병인사용질병입원일당Ⅱ(요양병원제외)(1일당8시간이상)
(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 458
간병인사용질병입원일당Ⅱ(요양병원제외)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 458
간병인사용질병입원일당Ⅱ(요양병원제외)(체증형)(1일당8시간이상)
(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 483
간병인사용질병입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당8시간이상)
(181일이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 464
간병인사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 464
간병인사용 질병입원지원비(간병인비용연간100만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 516
간병인사용 질병입원지원비(간병인비용연간300만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 475
간병인사용질병입원지원비Ⅱ(요양병원)(간병인비용연간100만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 520
간병인사용질병입원지원비Ⅱ(요양병원)(간병인비용연간300만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 479
간병인사용질병입원지원비Ⅱ(요양병원제외)(간병인비용연간100만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 516
간병인사용질병입원지원비Ⅱ(요양병원제외)(간병인비용연간300만원이상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 475
간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 131
간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)
(181일이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 132
간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(체증형)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 146
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당Ⅱ
(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 468
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당Ⅱ(체증형)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 489
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)

(181일이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 471
갑상선암호르몬약물허가치료비Ⅱ(최초1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 324
갱신형 계약 자동갱신 특별약관 ····· 869
계속받는비급여표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 259
계속받는암진단비(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 198
계속받는표적항암약물허가치료비(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 371
계속받는항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암포함)(급여)(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 275
고액치료비암진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 195
골절수술비(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 89
골절진단비(치아제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 87
골절진단비(치아포함)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 88
급성심근경색증수술비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 229
급성심근경색증진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 228
급성심근경색증통원비Ⅱ(연간30회한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 429
급성심근경색증통원비Ⅱ(상급종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 424
급성심근경색증통원비Ⅱ(종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 427
기타피부암 및 갑상선암 치료비지원(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 412
기타피부암 및 갑상선암주요치료비Ⅱ(상급종합병원플러스)(연간1회한)
(10년지급대상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 593
기타피부암 및 갑상선암주요치료비Ⅱ(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 512
깁스치료비(상해 및 질병)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 829

(ㄴ)

뇌동맥류진단비Ⅱ(비파열성)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 337
뇌졸중진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 232
뇌졸중통원비Ⅱ(연간30회한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 423
뇌졸중통원비Ⅱ(상급종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 418
뇌졸중통원비Ⅱ(종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 420
뇌출혈수술비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 234
뇌출혈진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 233
뇌혈관질환수술비
(30%체증형)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 380
뇌혈관질환 및 허혈심장질환 중환자실입원일당Ⅱ(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 393
뇌혈관질환수술비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 244
뇌혈관질환입원일당Ⅱ(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 236
뇌혈관질환진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 237

(ㄷ)

다빈치로봇 암수술비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ···· 286
다빈치로봇 특정수술비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 289
대상포진눈병진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 292
대상포진진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 291
독감(인플루엔자) 항바이러스제치료비Ⅱ(10일면책,연간1회한)
(맞춤간편고지)(갱신형) ····· 473
등급별 골절 및 특정외상수술비Ⅰ(1~6급, 연간1회한)
(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 824
등급별 골절 및 특정외상수술비Ⅱ(1~6급, 연간1회한)
(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 826
등급별 골절 및 특정외상진단비Ⅰ(1~6급, 연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 819
등급별 골절 및 특정외상진단비Ⅱ(1~6급, 연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 821

(ㅂ)

보장강화형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)
(연간2천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 721
보장강화형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)
(연간3천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 729
보장강화형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)
(연간4천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 737

보장강화형암주요치료비(유사암포함)(종합병원)
(연간2천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 698
보장강화형암주요치료비(유사암포함)(종합병원)
(연간3천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 705
보장강화형암주요치료비(유사암포함)(종합병원)
(연간4천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 713
보험료 자동납입 특별약관 ····· 866
보험료납입면제대상보장(5대사유)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ·· 831
보험료납입지원보장Ⅱ(유사암진단)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 343
비급여암주요치료비(전액본인부담포함)
(연간2천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 767
비급여암주요치료비(전액본인부담포함)
(연간5천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 778

비급여암주요치료비(전액본인부담포함)
(연간8천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 791
비급여표적항암약물허가치료비Ⅱ(최초1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 265

(ㅅ)
상급종합병원 1인실(특실포함) 상해입원일당(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 118
상급종합병원2,3인실상해입원일당(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 150
상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원일당(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 433
상급종합병원2,3인실질병입원일당Ⅱ(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 502
상급종합병원 상해수술비(동일사고당1회지급)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 148
상급종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 94
상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 300
상해1~5종수술비Ⅱ(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 83
상해50%이상후유장해(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ··· 85
상해80%이상후유장해(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ··· 79
상해수술비(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 82
상해수술비(특정경증상해제외)(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 106
상해입원·통원수술비(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 91
상해입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ···· 80
상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 122
상해입원일당(요양병원)(환자분류체계별)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 99
상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 80
상해후유장해(3~100%)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 105
상해후유장해(20~100%)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 116
상해흉터복원수술비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 93
선지급 서비스 특별약관 ····· 866
순환계질환(3-5종)주요치료비(상급종합병원)(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 628
순환계질환(3-5종)주요치료비(세부보장별)(연간1회한)(비갱신형/갱신형)
(맞춤간편고지) 특별약관 ····· 645
순환계질환(3-5종)주요치료비(수술시)(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 645
순환계질환(3-5종)주요치료비(요양병원제외)(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 536
순환계질환(3-5종)주요치료비(종합병원)(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 542
순환계질환(3-5종)주요치료비(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 650
순환계질환(3-5종)주요치료비(혈전용해치료시)(뇌혈관질환)(연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 647
순환계질환(3-5종)주요치료비(혈전용해치료시)(심혈관,기타)(연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 649
순환계질환(3-5종)치료비지원(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 549
순환계질환(4-5종)주요치료비(상급종합병원)(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 633
순환계질환(4-5종)주요치료비(요양병원제외)(연간1회한)(10년지급대상)

(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 550
순환계질환(4-5종)주요치료비(종합병원)(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 556
순환계질환(4-5종)치료비지원(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 561
순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원)(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 639
순환계질환(5종)주요치료비(요양병원제외)(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 562
순환계질환(5종)주요치료비(종합병원)(연간1회한)(10년지급대상)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 567
순환계질환(5종)치료비지원(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 573
순환계질환진단비Ⅱ(2~3종)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 335
순환계질환진단비Ⅱ(2~5종)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 330
순환계질환진단비Ⅱ(3~5종)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 331
순환계질환진단비Ⅱ(3종)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 336
순환계질환진단비Ⅱ(4~5종)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 333
순환계질환진단비Ⅱ(5종)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 334
슬림형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)
(연간1.2억원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 760
슬림형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)
(연간5천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 745
슬림형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)
(연간7천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 753
신깁스치료비(상해 및 질병)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 830
심장질환(특정Ⅰ)진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 321
심장질환(특정Ⅱ)진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 322
심장질환(특정Ⅲ)진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 323

(ㅇ)

암(유사암제외) 치료비지원(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 430
암수술비(유사암제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 214
암수술비(유사암제외)(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ··· 273
암수술비(유사암포함)
(30%체증형)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 376
암입원일당Ⅱ(요양병원)(1일이상90일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 220
암주요재활치료비Ⅱ(급여,1일1회,연간10회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 803
암주요치료비Ⅱ(종합병원)(세부보장별)(유사암제외)(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 654
암주요치료비Ⅱ(종합병원)(수술시)(유사암제외)(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 654
암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(유사암제외)(연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 663
암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암방사선치료시)(유사암제외)(연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 658
암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암약물치료시)(유사암제외)(연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 660
암주요치료비Ⅱ(상급종합병원플러스)(유사암제외)(연간1회한)
(10년지급대상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 587
암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한)(10년지급대상)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 508
암중환자실입원일당Ⅲ(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 390
암직접치료입원일당Ⅱ(요양병원제외)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 216
암직접치료통원비(유사암제외)(연간30회한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 403
암직접치료통원비(유사암제외)(상급종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 396
암직접치료통원비(유사암제외)(종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 399
암직접치료통원비Ⅱ(연간30회한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 414
암직접치료통원비Ⅱ(연간30회한도)(상급종합병원)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 405
암직접치료통원비Ⅱ(연간30회한도)(종합병원)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 410
암진단비Ⅱ(유사암제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 190
암진단비Ⅳ(소액암제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 356
양전자단층촬영검사지원비Ⅱ(PET)(급여,연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 850
여성요실금수술비(급여)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 296
외부요인으로인한폐질환진단비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 533

외부요인으로인한폐질환진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 532
유사암수술비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 270
유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(세부보장별)(연간1회한)(비갱신형/갱신형)
(맞춤간편고지) 특별약관 ····· 668
유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(수술시)(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 668
유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 678
유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암방사선치료시)(연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 672
유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암약물치료시)(연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 675
유사암진단비Ⅲ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 192
유사암 항암방사선약물치료비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 685
응급실내원보험금(응급환자)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 843
응급실내원보험금(응급환자)(연간12회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 844
이륜자동차 운전중상해 부담보 특별약관 ····· 865

(ㅈ)
장애인전용보험전환 특별약관 ····· 870
장기보장성보험 적립부분 만기유지 특별약관 ····· 877
전신마취수술비(4시간이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 848
전신마취수술비(6시간이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 846
전자서명 특별약관 ····· 869
정신질환입원일당(연간20일한도)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 614
정신질환진단비(최초1회한)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 610
종합병원 1인실(특실포함) 상해입원일당(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 120
종합병원2,3인실상해입원일당(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 153
종합병원 1인실(특실포함) 질병입원일당(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 436
종합병원2,3인실질병입원일당Ⅱ(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 505
종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 96
종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 303
주요2대호흡계질환진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 535
주요뇌혈관질환진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 239
주요심·뇌·5대혈관 수술비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 319
주요장질환진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 294
주요폐질환진단비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 530
주요폐질환진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 529
주요허혈심장질환진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 240
중대한특정상해수술비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ···· 90
중증갑상선암진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 193
중증외상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 114
중증정신질환통원일당(연간12회한도)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 617
중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 진단비Ⅱ(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 838
중증질환자 심장질환 산정특례대상 진단비Ⅱ(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 840
중증질환자 중복암 산정특례진단비(연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 386
중증화상 산정특례대상 진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 112
지정대리청구서비스Ⅱ 특별약관 ····· 868
질병1~5종수술비Ⅲ(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 181
질병1~5종수술비Ⅳ(특정다빈도 9대질병 제외)(동일질병당1회지급)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 353
질병1-5종수술비Ⅵ(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 183
질병80%이상후유장해(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 · 174
질병사망Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 173
질병수술비(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 179
질병수술비Ⅱ(특정경증질환,12대특정질병치료수술제외)(매회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 584
질병수술비Ⅱ(특정경증질환,백내장 및 대장용종제외)(동일질병당1회지급)

(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 576
질병수술비Ⅱ(특정경증질환,특정다빈도9대질병제외)(동일질병당1회지급)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 579
질병수술비Ⅱ(특정경증질환제외)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 574
질병수술비Ⅱ(특정경증질환제외)(매회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 581
질병수술비(매회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 282
질병수술비(상급종합병원)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 439
질병수술비(상급종합병원)(매회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ··· 445
질병수술비(종합병원)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 442
질병수술비(종합병원)(매회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 449
질병입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ·· 175
질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 452
질병입원일당Ⅱ(요양병원)(환자분류체계별)(1일이상180일한도)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 306
질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 176
질병후유장해Ⅱ(3~100%)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 328
질병후유장해Ⅱ(20~100%)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 346

(ㅊ)

창상봉합술치료비(1일1회한,연간3회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 111
창상봉합술치료비(안면부,1일1회한,연간3회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 110
척추상해수술비(관혈/비관혈)(연간1회한,동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 108
척추질병수술비(관혈/비관혈)(연간1회한,동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 338
천식진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 534
추간판탈출증수술비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 835
추간판탈출증신경차단술치료비Ⅱ(급여,연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 837
충수염(맹장염)수술비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ··· 295

(ㅌ)

통풍진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 293
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 205
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 688
통합유사암진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 608
통합전이암진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 209
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 693
특정5대기관 양성신생물(폴립포함)수술비 (급여,연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 298
특정항암호르몬약물허가치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 492
특정항암호르몬약물허가치료비Ⅱ(유사암제외)(최초1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 497

(ㅍ)

패혈증진단비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 528
패혈증진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 527
폐렴진단비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 526
폐렴진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 525
표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 456
표적항암약물허가치료비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ·· 366

(ㅎ)

하이클래스암주요치료비Ⅱ(연간1회한)(10년지급대상)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 599
하이클래스항암약물치료비Ⅱ(연간1회한)(10년지급대상)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 603
항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암포함)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 224
항암방사선치료비Ⅱ(유사암포함)(치료당)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 249
항암방사선치료비Ⅱ(유사암포함)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ···· 358

항암약물치료비Ⅱ(유사암포함)(치료당)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)
특별약관 ····· 253
항암약물치료비Ⅱ(유사암포함)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 362
항암양성자방사선치료비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 454
항암중입자방사선치료비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 623
항암중입자방사선치료비(치료당)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ···· 625
허혈심장질환수술비(30%체증형)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ··· 383
허혈심장질환수술비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 246
허혈심장질환입원일당Ⅱ(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 231
허혈심장질환진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 238
혈관조영술검사지원비Ⅱ(뇌심장질환,급여,연간1회한)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 809
혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 280
혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 347
혈전용해치료비Ⅳ(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 349
혈전용해치료비Ⅳ(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 351
화상치료비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 86

(숫자)

119대질병수술비Ⅳ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 187
11대특정암진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 197
2대질병수술비Ⅱ(뇌혈관질환,허혈심장질환)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 247
4대순환계질환진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 284
5대골절진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 93
6대질병진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 340
7대기관수술비Ⅱ(연간1회한,관혈/비관혈)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 316
7대기관수술비Ⅱ(최초1회한,관혈/비관혈)(맞춤간편고지)
(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 241

(A~Z)

CT,MRI,초음파,뇌파,뇌척수액검사지원비Ⅱ
(뇌심장질환,급여,연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 807
MRI검사지원비Ⅱ(3대질병,급여,연간1회한)
(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관 ····· 805

약관
요약서

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

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

Ⅰ.
소비자가 반드시
알아두어야 할
유의사항

1. 보험금 지급제한사항

면책기간, 감액지급, 보장한도 및 자기부담금 등 **보험금 지급제한 조건**이 부가될 수 있습니다. 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

■ 면책기간

면책기간
보험금
미지급

보험금이 지급되지 않는 기간(면책기간)이 설정된 담보가 있을 수 있습니다.

[면책기간 적용 담보 예시]

구분	담보명	면책기간
암진단특약	암 진단비	가입 후 90일간 보장 제외
치매진단특약	경증이상 치매 진단비	가입 후 1년간 보장 제외

사례

A씨는 암보험 가입 후 2개월이 지나서 위암을 판정받아 보험회사에 암진단비를 청구

▶ 회사는 보험가입 후 90일이 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움을 안내

■ 감액지급

감액지급
50%
[1년 이내]

일정기간 보험금이 일부만 지급(감액지급)되는 담보가 있을 수 있습니다.

[감액지급 적용 담보 예시]

구분	담보명	감액 기간 및 비율
급성심근경색 진단특약	급성심근경색 증 진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

■ 보장한도

보장한도
최초
1회한

보장한도
보험금
지급한도
적용

보험금 지급 한도가 설정된 담보가 있을 수 있습니다.

[보장한도 적용 담보 예시]

구분	담보명	보장한도
뇌출혈진단특약	뇌출혈 진단비	최초 1회에 한해 보장
질병입원특약	질병입원일당	1일 이상 180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)

■ 자기부담금 차감

자기부담금

차감 후 지급

보장대상 의료비에 대해 **일정금액 또는 일정비율의 자기부담금**을 차감하고 보험금을 지급하는 담보가 있을 수 있습니다.

[자기부담금을 차감하는 담보 예시]

구분	담보명	자기부담금 차감 금액
실손 의료보험	상해급여 질병급여	통원 1회당 병원별 공제금액(1~2만원)과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액
	상해비급여 질병비급여	통원 1회당 3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액
	3대비급여	1회당 3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액

2. 해약환급금에 관한 사항

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

해약환급금

없음

[납입기간 중 해지시]

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 **납입기간 중** 보험계약을 해지할 경우 **해약환급금이 없습니다.** (해약환급금 미지급형)

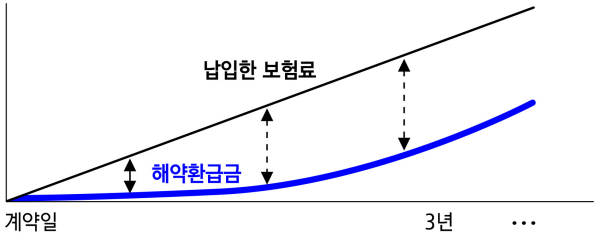
해약환급금

적음

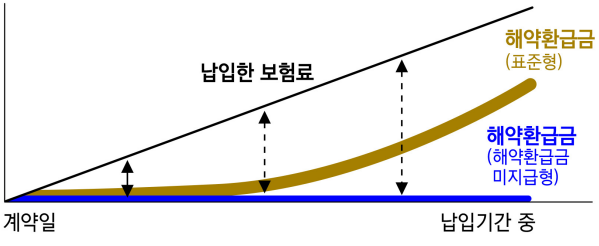
[납입기간 중 해지시]

③ **납입기간 중** 보험계약을 해지할 경우 표준형 **보다 해약환급금이 적습니다.** (해약환급금 저지급형)

(표준형)



(해약환급금 미지급형)



3. 갱신 시 보험료인상 가능성

갱신 시 보험료가 변동되는 갱신형 계약이 포함되어 있을 수 있습니다.

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

4. 실손보상형 담보

실제 발생한 손해를 보상(실손보상)하는 담보가 포함되어 있을 수 있습니다.

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 담보 가입하여 **불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의**하시기 바랍니다.

[실손보상형 담보]
자동차사고 벌금, 자동차사고 벌금(대물), 가족일상생활배상책임 등

5. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

■ 보장성보험

① 상해, 질병보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**
② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.

■ 저축성보험

① 저축성보험은 **은행의 예·적금 및 펀드 등과 다른 상품입니다.**
② 중도에 해지할 경우 **원금 손실이 발생할 수 있습니다.**

■ 금리연동형 보험

① **적립환급금 산출**에 적용되는 **공시이율**은 **매월 변동**됩니다.
② 동 **이율**은 납입한 적립보험료에서 **계약체결·유지관리에 필요한 경비를 차감한 금액에 대해서만 적용**됩니다.
③ 보장성보험의 **최저보증이율***은 **연복리 0.2%**입니다.
(저축성보험의 경우 보험가입후 경과기간이 5년 이하는 연복리 1.25%, 5년초과 10년이하는 1.0%, 10년 초과는 0.2%로 합니다)
*공시이율이 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도

■ 유병력자보험

① **질병을 앓고 있거나 과거 병력이 있는 고객**이 간단한 심사절차를 통해 가입할 수 있는 상품입니다.
② **일반보험 상품보다 보험료가 비싸므로 건강한 일반인이 가입하는 경우 불리할 수 있습니다.**

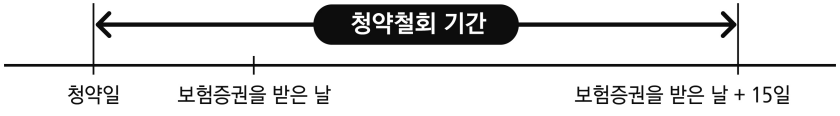
■ 예금자보호제도에 관한 사항

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

Ⅱ. 계약의 일반사항

1. 청약의 철회

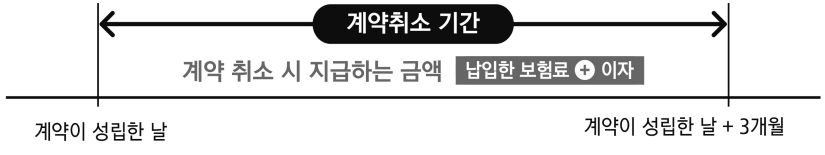
■ 계약자는 **보험증권**을 받은 날부터 **15일 이내**에 보험계약의 **청약**을 **철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



[청약철회가 불가한 경우]
① 청약일부터 30일을 초과한 경우
② 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약

2. 계약의 취소

■ 계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 **3개월 이내**에 **계약**을 **취소**할 수 있습니다.
- 계약을 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



3. 계약의 무효

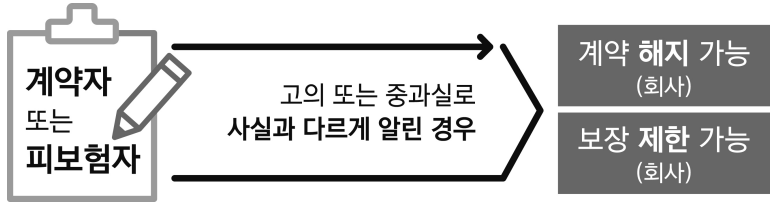
■ 보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

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

4. 계약 전 알릴의무 및 위반시효과

■ 계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 **청약서**의 **질문사항(중요사항)**에 대하여 **사실대로 기재**하고 **자필서명**(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.

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



■ 알릴의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 **계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한**될 수 있습니다.

5. 계약 후 알릴 의무 및 위반시효과

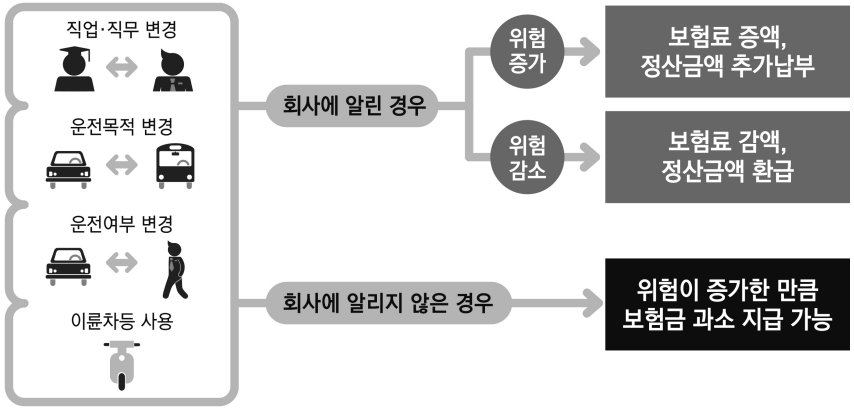
■ 계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 **다음의 경우 지체없이 회사에 알려야 하며**, 이를 **위반하는 경우 보험금 지급이 제한**될 수 있습니다.

① 피보험자의 직업·직무변경이 발생하거나 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.) 등 중요한 사항을 변경하는 경우

② 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우(자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등) 또는 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우(비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등)

③ 보험목적물을 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우

■ 알릴의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 **계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한**될 수 있습니다.

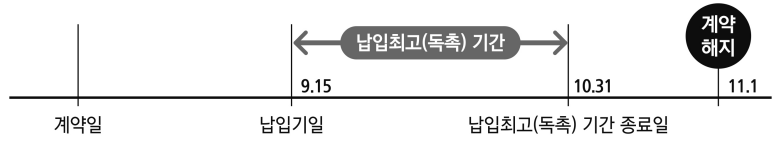


※ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알리셔야 합니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지

■ 계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, **납입최고(독촉)기간* 내**에 **보험료**를 **납입하지 않으면 보험계약이 해지**(납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날) 됩니다.

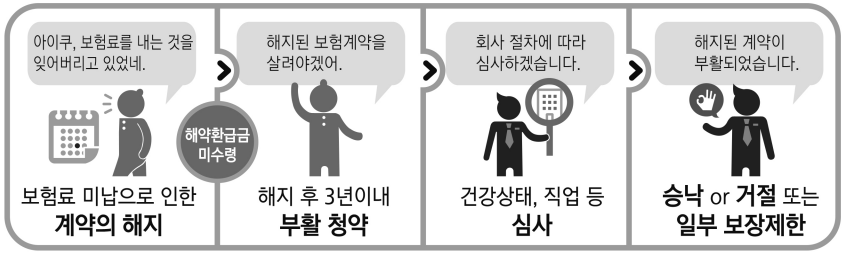
*납입최고(독촉)기간 : 14일 이상 (납입최고(독촉)기간의 마지막날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)



7. 해지된 계약의 부활 (효력회복)

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

회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 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.

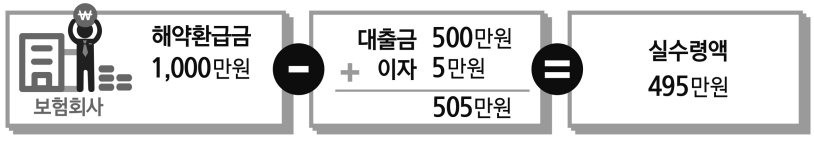


8. 보험계약대출

■ 보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

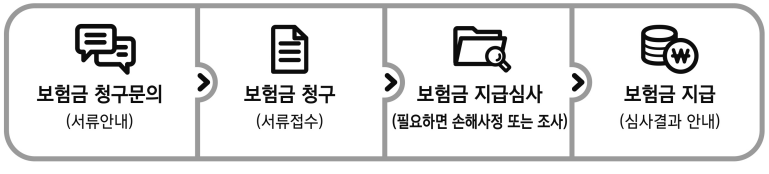
① **상환하지 않은 보험계약대출금** 및 **이자**는 **해약환급금** 또는 **보험금**에서 **차감**될 수 있습니다.
② **순수보장성보험** 등 보험상품 종류에 따라 **보험계약대출**이 **제한**될 수 있습니다.
③ 보험계약자는 대출신청 전에 **보험계약대출이율**을 **반드시 확인**하시기 바랍니다.

[예시]



9. 보험금청구절차

■ 보험금 청구절차는 아래와 같습니다.



• 소액 보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 청구서류가 간소화되는 경우도 있으니, 보험금청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

Ⅲ. 보험금 청구시 준비하셔야 할 서류

1. 보험계약관련

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

구분		필요서류	비고
공통		- 보험금청구서(계좌번호 포함) - 개인(신용)정보처리동의서 - 청구인 신분증 사본	- 보험사 - 관공서
		※ 가족관계 확인이 필요한 경우(배우자, 자녀 등을 보장하는 상품, 수익자가 미성년자인 경우 등) - 가족관계증명서, 혼인관계증명서, 주민등록등본, 의료보험카드사본 등	
		※ 대리인 청구시 - 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서 및 전자적 수단 등 포함), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서	
		※ 상해사고 청구시 - 사고 입증서류(별표 참조)	
입원	실손의료비	- 진단서 [단, 청구금액 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원 확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체가능] - 진료비계산서(영수증)	- 병원
		- 진료비세부(상세)내역서(비급여 존재시)	
	입원일당	- 진단명(질병분류코드), 입원기간이 포함된 서류 (예시) 입퇴원확인서, 진단서 등	- 병원
통원	외래의료비	10만원 초과 - 진료비계산영수증 - 진료비세부내역서(비급여가 없는 경우, 생략 가능) - 진단명(질병분류코드)이 포함된 서류 (예시) 진단서·통원확인서·처방전·진료확인서· 소견서·진료차트 등 - 처방전 - 약제비계산서(영수증)	- 병원 - 약국
		3만원 초과 10만원 이하 - 진료비계산영수증 - 진료비세부내역서(비급여가 없는 경우, 생략 가능) - (질병분류코드가 기재된) 처방전 [단, 특정 진료과목(산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 등) 및 짧은 기간내 보험금 청구횟수가 과다한 경우 등 추가심사가 필요한 경우에는 별도의 추가증빙서류 제출이 필요할 수 있음] - 처방전 - 약제비계산서(영수증)	
		3만원 이하 - 진료비계산영수증 - 진료비세부내역서(비급여가 없는 경우, 생략 가능) [단, 특정 진료과목(산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 등) 및 짧은 기간내 보험금 청구횟수가	

구분		필요서류	비고
		과다한 경우 등 추가심사가 필요한 경우에는 별도의 추가증빙서류 제출이 필요할 수 있음] - 처방전 - 약제비계산서(영수증)	
	약제 의료비	- 처방전 - 약제비계산서(영수증)	- 약국
골절		- 진단명(질병분류코드), 진단일자가 포함된 서류 (예시) 통원확인서·입퇴원확인서·X-ray 결과지, 진단서, 의사소견서 등 ※ 치아 골절시 - 치과치료 진료확인서(아래 내용 반드시 포함) · 치료한 치아의 위치 또는 치아번호 · 해당 치아의 내원 당시의 상태 · 직접적인 치아치료원인 · 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수 - 치과진료기록 사본 - 치료 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요시 추가요청)	- 병원
수술		- 진단명(질병분류코드), 수술명, 수술일자가 포함된 서류 (예시) 수술확인서, 수술기록지, (진단명, 수술명, 수술일자가 포함된)진단서 등	- 병원
진단	암	- 진단서 - 조직검사 결과지 · 백혈병 : 골수검사지 및 혈액검사 결과지 · 뇌/폐/췌장암 : 방사선 판독결과지(조직검사 못할 경우) · 간 : 방사선 판독결과지(조직검사 못할 경우) 및 혈액검사 결과지	- 병원
	심질환	- 진단서 - 각종 검사결과지	- 병원

구분		필요서류	비고
		(예시) 관상동맥 조영술, 심전도, 심초음파 검사결과지, 심장효소 혈액검사결과지 등	
	뇌질환	- 진단서 - CT, MRI 등 방사선 판독결과지	- 병원
	기타	- 진단서 - 진단사실 확인서류	- 병원
장해		- 후유장해진단서 ※ 발급 전 보험회사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다. ※ (일반)진단서로 대체 가능한 장해 · 만성신부전 : 혈액투석(최초투석일, 환자상태 기재) · 사지절단(절단부위 명시) : X-ray 결과지 · 인공관절치환술(치환일자, 부위 명시) : 수술기록지 · 비장, 신장적출(적출일자, 부위 명시) : 수술기록지 · 장기전절제(절제일자, 부위명시) : 수술기록지	- 병원
사망		- 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 피보험자 기본증명서(사망사실 기재)가 첨부된 사망진단서(사체검안서) 사본(원본대조필 포함) ※ 수익자 미지정시 - 상속관계 확인서류 (예시) 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등 ※ 1인의 상속인이 전액 수령을 원하는 경우 - 상속인 각각의 위임장, 인감도장(또는 위임장에 인감도장 날인) - 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)	- 병원 - 가족관계증명서는 사례별로 다르므로 사전 문의바랍니다.

구분		필요서류	비고
태아	신생아 입원비	- 출생증명서 또는 가족관계증명서 - 진단서 [단, 청구금액 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원 확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체가능] - 입퇴원확인서(인큐베이터 사용시 해당기간 명시)* * 진단서에 입원기간(인큐베이터 사용기간)이 포함된 경우는 제외	- 주민센터 - 병원 - 병원
	유산 /사산	- 진단서(유산), 사산증명서(사산)	- 병원
응급비용		- 119 또는 129 구급구조증명서	- 소방서/ 구급대

※ 진단서, 통원확인서, 처방전, 진료확인서, 소견서, 수술확인서, 진료차트 등에는 진단명이 기재되어 있어야 합니다.

〈별표〉 상해사고 입증서류 예시

구분	필요서류	비고
교통사고	- 공공기관(경찰서, 소방서 등), 손해보험사, 공제조합(버스, 화물, 택시 등) 사고사실확인서	- 공공기관 - 보험사/공제조합
산재사고	- 요양급여신청서 또는 보험급여지급확인원	- 근로복지공단
군복무중 사고	- 공무상병인증서	- 군부대
의료사고 등 법원분쟁	- 법원판결문	- 법원
기타 상해사고	- 공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서	- 공공기관
사고확인서류 발급불가시	- 병원초진차트 등 상해사고 증명서류 및 보험금 청구서상 사고내용 기재(6하원칙에 따라 상세기재)	- 병원

2. 자동차운행관련 사고

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

구분	필요서류	비고
공통	- 보험금청구서(계좌번호 포함) - 개인(신용)정보처리동의서 - 청구인 신분증 사본 - 사고입증서류 ※ 대리인 청구시 - 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서 및 전자적 수단 등 포함), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서	- 보험사 - 관공서
긴급비용	- 견인비 영수증 - 수리비 견적서	- 수리업체
벌금	- 벌금영수증 - 법원 판결문 또는 약식 명령문	- 법원
자동차사고 변호사선임비용	- 판결문, 구속영장(재소·출소증명서) - 공소장(교통사고처리지원금 담보의 경우 약식기소 제외) - 선임한 변호사가 발행한 세금계산서	- 법원 - 법원
면허정지 /취소	- 운전경력증명서 - 운전면허 정지처분 결정통지서(교육수료 후) 또는 면허정지 행정처분 확인서 - 운전면허 취소처분 결정통지서 또는 면허취소 확인원	- 경찰서
교통사고처리 지원금	- 피해자진단서, 공소장 - 경찰서에 제출된 형사합의서(합의금액 명시) - 피해자 공탁금 출금 확인서(미합의시) 및 공탁서	- 경찰서/법원 - 법원 - 법원

구분	필요서류	비고
	- 형사합의금이 입금된 내역	- 해당 금융기관
자동차보험 할증지원금	- 자동차보험 보험금지급결의서	- 보험사
자동차 부상치료비	- 사고증명서 1. 자동차보험에서 보상받은 경우 : 해당 자동차보험의 보상처리확인서 2. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우 (1) 자동차사고를 입증할 수 있는 서류 (경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해 견적서, 차량피해사진 등) (2) 상해등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)	- 보험사 - 병원 - 경찰서
자동차사고 성형수술비	- 진단서 또는 소견서(진단명, 성형수술 부위와 크기, 수술내용 포함)	- 병원

3. 치아건강보험

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

구분	필요서류	비고
공통	- 보험금청구서(계좌번호 포함) - 개인(신용)정보처리동의서 - 청구인 신분증 사본 ※ 대리인 청구시 - 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서 및 전자적 수단 등 포함), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서	- 보험사 - 관공서
영구치 발거치료비	- 치과치료 진료확인서(아래 내용 반드시 포함) · 발거한 영구치의 위치 또는 치아번호 · 해당 영구치의 내원 당시의 치아상태 · 직접적인 영구치 발거원인 · 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수 - 치과진료기록 사본 - 치료 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요시 추가요청)	- 병원
영구치 보존치료비	- 치과치료 진료확인서(아래 내용 반드시 포함) · 치료한 치아의 위치 또는 치아번호 · 해당 치아의 내원 당시의 상태 · 직접적인 치아치료원인 · 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수 - 치과진료기록 사본 - 치료 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요시 추가요청)	- 병원
영구치 보철치료비	- 치과치료 진단서(아래 내용 반드시 포함) · 발거한 영구치의 위치 또는 치아번호 · 해당 영구치의 내원 당시의 치아상태 · 직접적인 영구치 발거원인 · 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수 - 치과진료기록 사본 - 치료 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료(필요시 추가요청)	- 병원

4. 소득보장보험

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

구분	필요서류	비고
공통	- 보험금청구서(계좌번호 포함) - 개인(신용)정보처리동의서	- 보험사

구분	필요서류	비고
	- 청구인 신분증 사본 ※ 대리인 청구시 - 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서 및 전자적 수단 등 포함), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서	- 관공서
상해·질병 구직급여 지원금	- 고용보험수급자격증 - 실업급여지급결정통지서(직업안정기관의 長 발행) - 병가신청서 - 의사소견서(상해, 질병으로 인하여 고용업체에서의 업무수행이 더 이상 불가능하다는 소견서)	
구직급여일당 /장기구직급여 지원금	- 고용보험수급자격증 - 실업급여지급결정통지서(직업안정기관의 長 발행)	

5. 재물 • 배상책임 보험

가. 재물보험

※ 사고에 따라 담당자가 추가서류 또는 원본서류를 요구할 수 있습니다.

구분	필요서류
공통	- 화재증명원(화재사고인 경우) - 도난신고접수확인원(도난사고인 경우) - 사고증명서(기타 사고) - 보험금청구서(계좌번호 포함) - 개인(신용)정보처리동의서 - 청구인 신분증(사업자등록증) 사본

구분	필요서류
	※ 대리인 청구시 - 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서 및 전자적 수단 등 포함), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서
건물	- 건물등기부등본(등기소) - 건축물관리대장 - 수리비 견적서, 영수증 - 임대차계약서 사본
기계비품	- 기계기구 명세서 - 구입영수증 - 신품가격 견적서 - 수리비 견적서, 영수증 - 감정평가서 - 리스계약서(리스물건)
동산	- 재고 및 손해명세서 - 재고장부 - 원가계산서 - 거래명세서 - 임가공계약서, 작업지시서 - 수불대장
가재도구	- 가재도구명세서(구입연월일 명기) - 신품가격 견적서(구입처) - 수리비 견적서, 영수증

나. 배상책임보험

※ 사고에 따라 담당자가 추가서류 또는 원본서류를 요구할 수 있습니다.

구분	필요서류
피보험자(고객)가 준비하는 서류	- 피보험자의 사업자등록증 사본 - 사고경위서(6하 원칙에 의거하여 작성) - 사고현장의 사진 - 사고보증서(교통사고사실확인원 등) - 합의서, 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) - 보험금 청구서(송금요청서)
손해액을 평가하는 서류	- 손해품목 명세서 - 견적서, 영수증(세금계산서) - 피해품 사진 - 차량등록증 사본 - 치료비 영수증 - 의사의 진단서(소견서) - 후유장해진단서(후유장해가 있는 경우) - 근로계약서, 재직증명서 - 임금대장, 소득세 납세증명 - 사망진단서 또는 사체검안서(사망한 경우)
피해자의 신분을 확인하는 서류	- 피해자의 신분증(사업자등록증) 사본 - 건물등기부등본(피해목적물이 건물인 경우) - 차량등록증 사본(피해목적물이 차량인 경우) - 건설기계등록증 사본(피해목적물이 중기인 경우)

6. 홀인원비용, 알바트로스비용 보험

※ 사고에 따라 담당자가 추가서류 또는 원본서류를 요구할 수 있습니다.

구분	필요서류
피보험자(고객)의 신분을 확인하는 서류	- 보험금청구서(개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 포함) - 청구인 신분증 사본
피보험자(고객)가 준비하는 서류	- 보험금 청구서(송금요청서) - 사고경위서(6하 원칙에 의거하여 작성) - 스코어 카드 - 동반자 확인서(홀인원/알바트로스 증명서) (동반 경기자, 동반 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공동서명·날인이 있어야 함) - 기념품 구입비용, 축하 만찬 비용, 축하 라운드 등 비용 지출 명세서(선불카드, 상품권 등의 물품전표 제외)

7. 당부의 말씀

- 경우에 따라 위 서류들은 다른 서류로 대체될 수 있습니다. 반드시 담당자와 필요서류에 대하여 상의하시기 바랍니다.
- 기타 추가서류가 발생할 수 있으니 자세한 사항은 계약·보상상담 1588-0100으로 문의바랍니다.

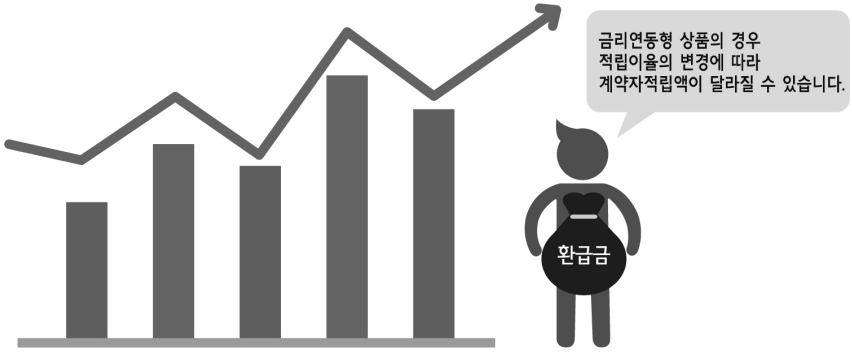
Ⅳ. 자주 발생하는 민원 예시

사례1. 가입초기 환금률 과소 관련

- 사례 : A씨는 보험가입 6개월 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으며, 해지시 해약환급금이 납입한 보험료보다 적은 것에 대한 불만을 제기하였습니다.
- 유의사항 : 보험계약은 은행의 저축과 달리 납입한 보험료 중 일부는 다른 계약자에게 보험금으로 지급되며, 또다른 일부는 보험회사의 운영에 필요한 경비로 사용되어 해약환급금이 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

사례2. 적립부분 환급률 관련

- 사례 : A씨는 보험가입 3년 후 콜센터를 통하여 가입한 상품의 환급률을 확인해 보았으며, 최초 가입시 가입설계서에서 안내받은 3년시점의 환급률보다 낮은 것에 불만을 제기하였습니다.
- 유의사항 : 금리연동형 상품의 경우, 공시이율을 적용하여 적립부분 순보험료를 적립하고 있습니다. 공시이율은 회사의 운용자산이익률과 시중지표금리에 연동되며, 공시이율의 변경에 따라 적립부분 계약자적립액은 변동될 수 있습니다.



사례3. 실손의료비 공제금액 관련

- 사례 : A씨는 병원 치료후 급여의료비 및 비급여의료비를 실손의료비 보험금으로 청구하였으나, 각각 공제금액이 발생한 것에 대하여 불만을 제기하였습니다.
- 유의사항 : 실손의료비는 급여의료비와 비급여의료비로 구분되어 있고, 공제금액을 각각 적용하고 있습니다.

사례4. 실손의료비 한방 비급여 면책관련

- 사례 : A씨는 치료목적으로 한의원에서 치료를 받고 실손의료비 특별약관 보험금을 청구하였으나, 비급여부분이 보상되지 않는 것에 대한 불만을 제기하였습니다.
- 유의사항 : 실손의료비 특별약관에서 정한 "보상하지 않는 사항"에 따라, 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비는 보상하여 드리지 않고 있습니다.
  그 밖의 보상하지 않는 사항에 대하여는 반드시 약관을 확인하시기 바랍니다.

Ⅴ. 신용정보 제공·활용에 대한 고객 권리 안내문

가. 금융서비스 이용범위

고객의 신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험관련 금융서비스는 제휴회사 등에 대한 정보의 제공·활용 동의여부와 관계없이 이용하실 수 있습니다. 다만, 제3자에 대한 정보의 제공·활용에 동의하지 않으시는 경우에는 제휴·부가서비스, 신상품서비스 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

나. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상의 고객 권리

• 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제35조에 따라 금융회사가 본인정보를 전국은행연합회, 신용조회회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

• 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 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.

• 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제37조에 따라 가입 신청시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 해당 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.)

신청자 제한 : 신규 거래고객은 계약을 체결한 날로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

• 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조에 따라 전국은행연합회, 신용조회회사, 금융회사 등이 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.

• 본인정보의 무료 열람 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제39조에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

NICE신용평가정보(주)	02-2122-4000	www.niceinfo.co.kr
서울신용평가정보(주)	1577-1006	www.sci.co.kr
코리아크레딧뷰로(주)	02-708-6000	www.koreacb.com

다. 고객불편사항 연락처

• 고객 신용정보의 제공·활용 중단 신청

고객은 가입신청 시 동의한 본인정보의 제3자에 대한 제공 또는 당사의 보험·금융상품(서비스) 소개 등 영업목적 사용에 대하여 전체 또는 사안별로 제공·활용을 중단 시킬 수 있습니다. 다만, 신용정보 인프라를 해하거나, 신용정보 집중기관, 신용정보업자, 업무위탁회사 등에 대한 정보를 제한함으로서 금융회사의 업무 효율성을 저해할 우려가 있는 경우의 동의철회는 제한됩니다.

본인정보 활용의 제한·중단을 원하시는 고객은 아래의 연락처로 신청하여 주시기 바랍니다.

· 전화번호 : 080-323-0100
· 홈페이지 : www.idbins.com
· 우　편 : 서울특별시 강남구 테헤란로 432 (대치동, DB금융센터)
　　DB손해보험주식회사　소비자보호파트

※ 단, 신규거래 고객은 계약을 체결한 날로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

위의 신청과 관련한 불편과 애로가 있으신 경우에는 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

	당사 개인신용정보 고충처리담당자	손해보험협회 개인신용정보 보호담당자	금융감독원 금융민원센터
연락처	(02) 3011-4992	(02) 3702-8500	1332
주 소	서울특별시 강남구 테헤란로 432 (대치동, DB금융센터) DB손해보험주식회사 소비자보호파트	서울특별시 종로구 종로1길 50, 케이트윈타워 B동 15,16층	서울특별시 영등포구 여의대로 38

Ⅵ. 프로미라이프 용어사전

계약자
보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

계약 전 알릴 의무
고지의무라고도 한다. 보험계약자 또는 피보험자는 계약체결시에 보험자에 대해서 고지사항을 부실하게 알려서는 안될 의무를 지는데 이것을 계약 전 알릴 의무라 한다. 보험계약자가 이를 위반했을 때에는 보험자는 일정한 요건 아래 계약을 해지할 수 있게 되어 있다. 그러나 회사가 계약당시에 그 사실을 알고 있었거나 중대한 과실로 인하여 알지 못했을 경우에는 계약을 해지할 수 없으며, 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 경과하였거나 보험계약자의 책임개시 이후 2년이 경과(건강진단을 받은 경우는 1년 경과, 상법에서는 3년)된 경우에는 계약을 해지할 수 없다. 또한 계약 전 알릴 의무 위반의 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급해야 한다.

계약 후 알릴 의무
보험계약자 또는 피보험자가 보험계약 체결 후 위험이 증가된 사실을 보험회사에 통지하여야 하는 법률상 의무이다. 우리 상법 제652조와 제653조에서는 보험기간 중에 보험계약자나 피보험자가 사고발생의 위험이 현저하게 변경 또는 증가된 경우 지체 없이 보험회사에 통지하도록 정하고 있고 통지를 받은 보험회사는 1월내에 보험료의 증액을 청구하거나 보험계약을 해지할 수 있도록 정하고 있다. 현행 손해보험표준약관에서는 보험계약자 또는 피보험자가 직업 또는 직무를 변경하는 등 위험의 변경사항 발생시 보험회사에 통지하도록 하고 있고 해당 변경내용에 따라 보험료가 증액 또는 감액될 수 있도록 정하고 있다. 또한 동 의무를 이행하지 않을 경우 보험회사는 변경 전 보험요율의 변경 후 보험요율에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급할 수 있다. 이는 계약 전 알릴 의무(고지의무)와는 달리 보험계약 안에서 인정되는 의무이다.

만기환급금
장기의 적립형보험에 있어서 보험기간이 만료될 때까지 일정규모 이상의 사고가 없는 경우 납입보험료중 일정률의 금액을 보험계약자에게 환급하는 제도이다. 환급금은 납입한 보험료에 포함된 적립보험료를 운용한 예정이자와 원리금의 합계액에 상당한다.

미경과보험료 [Unearned Premium]
미경과보험료는 보험자가 보험계약자로부터 받은 영업보험료 중에서 아직 당해 보험료기간이 경과하지 않은 보험료를 말한다. 가령 보험자가 1년치 보험료를 받은 후 6개월이 경과했다면, 받은 보험료의 1/2은 나머지 6개월(미경과기간)에 대응하는 것으로 미경과보험료라 한다.

보험가액과 보험금액
보험가액이란 보험사고가 발생하였을 경우에 보험목적에 발생할 수 있는 손해액의 최고한도액을 말하며 손해보험에만 존재하는 개념이다. 보험금액이란 보험자와 보험계약자간의 합의에 의하여 약정한 금액이며 보험사고가 발생하였을 경우에 보험자가 지급할 금액의 최고한도를 말한다. 이같이 보험금액을 정하는 이유는 계약체결시에 보험자의 보상한도를 명확히 함으로서 합리적이고 정확한 보험요율을 산출하기 위함이다. 보험가액의 경우 때와 장소에 따라 변동 할 가능성이 있고, 책임보험이나 인보험 등은 평가자체가 불가능하기 때문에 보험금액을 기준으로 하여 보험자의 보상한도를 구체화 하는 것이 바람직하다고 볼 수 있다.
보험금액은 보험가액의 범위 내에서 정해져야 하며 보험가액을 초과하였을 경우에 그 초과한 금액에 대해서는 보험자가 보상하지 않는다.

보험가입금액
보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액

보험계약대출 [Policy Loan]
보험계약대출은 보험계약의 해약환급금의 범위 내에서 대출하는 계약이다. 보험기간 중 사정변경으로 보험료 지급의 계속이 곤란하거나 일시적으로 금전이 필요한 경우, 보험계약해지 대신 보험계약 해지시 지급하여야 할 범위 내에서 보험계약자에게 대출을 함으로써 보험계약을 유지하게 하는 장점이 있다. 보험계약자는 보험계약대출의 원리금을 언제든지 상환할 수 있으며, 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금에서 상계할 수 있다. 다만 보험계약자의 보험료 미납으로 인하여 보험계약이 해지되는 경우 보험회사는 즉시 해약환급금과 보험계약대출 원리금을 상계할 수 있다.

보험계약일

계약자가 보험회사와 보험계약을 체결한 날, 철회 산정기간의 기준일

보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

보험금

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

보험료 [Premium]

보험계약에서는 계약의 한쪽 당사자인 보험자가 위험부담이라는 급부를 제공하는 데 대응해서, 다른 쪽의 당사자인 보험계약자는 보험자에게 그에 대한 보수를 지급한다. 이 보수를 보험료라고 하는 것이다. 보험료의 액수는 통상 보험금액에 따라, 그리고 보험사고 발생의 개연성을 고려하여 결정된다.

1) 보장보험료 : 약관에서 정한「보험금의 지급사유」의 보험금을 지급하는데 필요한 보험료
2) 적립보험료 : 보험회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
3) 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 사업비를 공제한 후의 금액

보험수익자

보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람(신체 및 비용관련 손해에 한하며, 재산손해 및 배상책임관련 손해는 제외) 또는 만기환급금 지급시기에 만기환급금의 청구를 할 수 있는 사람

보험안내자료 [Insurance Guide Materials]

보험상품의 모집을 위하여 사용하는 자료로서 보험회사 또는 보험모집을 하는 자의 명칭, 보험금 지급제한 조건에 관한 사항, 해약환급금에 관한 사항, 기타 보험가입에 따른 권리·의무에 관한 주요사항을 기재한 것을 말한다. '보험안내자료'에 보험회사의 자산과 부채에 관한 사항을 기재하는 경우에는 감독당국에 제출한 사항과 다른 내용을 기재하여서는 아니되며, 보험계약자의 이해를 돕기 위하여 금융위원회가 정한 경우 외에는 보험회사의 장래의 이익의 배당 등 예상에 관한 사항을 기재할 수 없다.

보험약관

보험계약에 관하여 계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

보장개시일

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 계약자에게 교부하는 증서

부담보기간

부담보(특별조건부 인수특약)기간이란 보험사에서 표준미달체의 보험계약시 질병이나 장해 등으로 인하여 가입이 제한되는 피보험자의 계약을 조건부로 승낙하는 경우, 혹은 도덕적 해이 등에 의한 보험사기가 우려되는 경우 계약일로부터 일정기간 이내에 발생되는 보험사고에 대하여는 보상하지 않는 것을 말한다. 이는 일반적으로 보험계약 청약시 피보험자가 병력에 대해 보험회사에 고지하고, 보험회사에서는 해당 질병 및 부위에 대해 보장을 하지 않는 것으로 계약을 인수할 때 발생한다. 부담보기간은 피보험자의 과거 병력, 치료기간, 치료부위 등에 따라 상이하며, 경우에 따라서는 보험기간 전기간에 걸쳐 부담보하는 조건으로 인수를 하기도 한다. 암보험에서 계약체결 이후 90일간 암 담보를 하지 않는 것은 대표적인 부담보 사례라 할 수 있다.

자동갱신제도

보험계약기간의 만료시점에 보험계약자가 보험계약을 갱신하고 싶지 않다는 명시적인 의사표시가 없는 경우에 자동으로 동일한 계약내용을 동일 기간동안 연장하는 제도이다. 계약자가 갱신 내용을 정확히 기억하고 있지 못할 경우에 대비하거나, 보험료 수준 변동내역 등을 보험계약자에게 알려주기 위하여 보험회사는 보험계약 만료 전에 계약 만료시점과 보험료 변동내역을 유선 혹은 문서로 보험계약자에게 알려야 한다. 동 사항을 안내받은 보험계약자가 갱신거절을 보험회사에 통보할 경우 보험계약은 갱신되지 않으며, 총 보험금 지급금액 등 보험회사가 정한 일정한 조건에 부합될 경우 보험회사가 자동갱신을 거절할 수도 있다. 자동갱신제도의 적용은 1년 만기 일반보험 상품이나 장기보험 의료비 특약 등에서 이루어진다.

계약자적립액

계약자적립액은 보험회사가 보험계약자에게 장래의 환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 바에 따라 계산한 금액을 말한다.

타인을 위한 보험계약

보험계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말한다.

타인을 위한 보험계약은 그 계약의 당사자가 아닌 피보험자 또는 보험수익자 또한 보험계약상의 이익을 받고 일정한 의무를 지게 된다. 따라서 피보험자나 보험수익자는 일정한 의사표시를 하지 아니하여도 당연히 그 계약의 이익을 받으므로 보험사고가 발생하면 직접 보험자에게 보험금을 청구할 수 있다. 이들은 보험계약 당사자가 아니므로 보험료의 납입의무가 없으나, 다만 보험계약자가 파산선고를 받거나 보험료의 납입을 지체한 경우에는 그 권리를 포기하지 않는 한 보험료를 납입하여야 한다. 보험자와 보험계약자 사이에 동 보험계약을 체결할 때에는 타인을 위한 보험계약이라는 명백한 의사표시가 있어야 하며, 보험계약자는 타인의 동의를 받지 않고서도 보험계약을 체결할 수 있다. 다만, 손해보험계약의 경우 피보험자는 보험목적에 대한 피보험이익을 향유한 자이어야 한다.

피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람 (재산손해 및 배상책임관련 손해의 경우에는 사고의 발생으로 손해를 입을 수 있는 사람으로 해당 보험금의 청구를 할 수 있는 사람)

해약환급금

보험계약의 효력상실, 해약 및 해제 등의 경우에 계약자에게 환급되는 금액을 말한다. 해약환급금은 계약자적립액에서 해약공제를 하고 남은 금액으로 계산되는데, 국내에서는 해약시점 계약의 계약자적립액에서 미상각된 신계약비를 공제하여 계산한다. 해약환급금이 발생하게 되는 원인은 두 가지에 기인하게 되는데 첫째는 보험계약자가 납입하는 보험료 중 저축보험료 부분에 의해 발생되며, 둘째는 평준보험료방식 때문에 발생된다. 평준보험료방식에서는 계약초기에 피보험자의 위험수준에 비해 다소 높은 보험료를 내게 되는데, 이 부분이 적립되어 향후에 위험수준에 비해 낮은 보험료를 내게 되는 시기에 사용된다.

휴면보험금

보험계약이 실효되거나 만기되어 보험금이나 환급금 등이 발생하였음에도, 보험계약자가 이를 3년 동안 찾아가지 않아 소멸시효가 완성되어 보험회사에서 보관하고 있는 것을 의미한다. 보험계약이 실효된 뒤 3년이 경과된 계약의 환급금, 만기가 지난 뒤에도 찾아가지 않은 만기 보험금 등이 여기에 해당한다. 휴면보험금은 청구권이 소멸된 금액으로서 상법상으로는 보험회사에 귀속되나, 당연히 보험계약자에게 돌아가야 할 돈이기 때문에 휴면보험금이 확인될 경우 보험회사는 계약자에게 환급하고 있다. 이를 위해 보험계약자 등이 자신의 휴면보험금을 확인할 수 있도록 ·휴면계좌통합조회시스템·을 설치·운영('06.4월)하고 있으며, 최근에는 보험계약자가 생·손보협회 홈페이지를 통해 휴면보험금을 포함한 숯보험회사의 보험가입 내역을 조회할 수 있도록 제도를 개선('10.7월)하였다. 한편, 보험회사는 휴면보험금을 휴면예금관리재단(서민금융진흥원, 「서민의 금융생활 지원에 관한 법률」시행('16.9.23))에 출연하고 동 재단에서 휴면보험금 관리·환급업무를 담당하고 있다.

Ⅶ. 프로미라이프 지식백과

아래의 내용은 금융감독원에서 발간한 「보험상품 현명하게 가입하기」핸드북 내용을 요약한 자료로서 보다 자세한 내용은 금융감독원 홈페이지를 참고하시기 바랍니다.

1 보험상품 내용에 대해 꼼꼼하게 설명듣기

1. 반드시 설명을 들어야 할 사항

보험계약 체결시 보험회사 또는 보험모집인은 보험계약자에게 계약의 중요한 내용을 일반보험계약자가 이해할 수 있도록 설명하여야 합니다.(상법 제638조의3, 보험업법 제95조의 2)

'중요한 내용'이란 보험료와 보장범위, 보험금 지급사유 및 지급제한 사유 등 고객의 이해관계에 중대한 영향을 미치는 사항으로서 사회 통념상 그 사항을 알았더라면 계약을 체결하지 않았을 것으로 해석되는 사유를 말합니다.

2. 설명의무 위반의 입증책임 및 효과

보험약관의 교부와 중요한 내용을 설명했다는 증명은 보험회사가 해야 합니다. 또한 보험계약자나 대리인이 약관의 내용을 이미 잘 알고 있는 등의 사유로 설명의무가 면제될 경우, 그 사실에 대한 입증책임도 보험회사가 부담합니다.

보험회사가 약관 교부·설명의무를 위반한 경우 해당 약관 조항을 보험계약 내용으로 주장할 수 없으며(약관규제법 제3조), 상법상 보험계약자는 계약성립일로부터 3개월 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.(상법 제638조의3 제2항)

2 계약 전 알릴 의무(고지의무) 이행하기

1. 고지의무의 내용

보험은 신의성실의 원칙상, 보험가입자에 대하여도 일정한 의무를 인정하고 있습니다. 대표적인 것이 "계약 전 알릴 의무(고지의무)"로서, 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 체결함에 있어서 보험회사에 대하여 '중요한 사항'을 알려야 할 의무가 있습니다.

2. 고지의무 이행 방법

'중요한 사항'의 내용은 대부분 보험사가 동일하며, 주로 현재 및 과거의 질병이나 장애, 직업 등에 대한 사항으로서, 보험회사가 보험사고 발생 개연성을 측정하여 보험계약 체결여부와 보험료 등을 정하기 위한 사항입니다. 상법은 청약서에 기재된 사항을 중요한 사항으로 보고 있습니다.

특히 "최근 5년 이내의 진단·치료"에 대한 부분은 가장 많은 다툼의 여지가 되는 항목이므로, 청약서에 있는 (병력사항)질문표에 기재함으로써 알릴 의무를 이행하여야 합니다.

또 한가지 주의할 점은 고지의 상대방은 보험회사 등 고지수령권이 있는 자라야 한다는 점입니다. 따라서 보험회사나 체약대리점은 고지수령권이 있지만, 보험설계사에게 알리는 것은 인정되지 않으므로 주의를 요합니다. 따라서 청약서에 서면으로 기재하여 보험회사에 대하여 고지가 이루어지도록 해야겠습니다.

3. 고지의무 위반시 불이익

고지의무를 이행하지 않을 경우, 보험사는 그 위반을 알게 된 날로부터 1개월, 계약을 체결한 날로부터 3년 내에 계약을 해지할 수 있습니다.(상법 제651조) 보험약관에는 고지의무위반 사실을 안날부터 1개월, 보험금지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지난 경우 해지할 수 없다고 규정하여 보험회사의 권리행사기간을 더욱 제한하고 있습니다.

3 청약철회제도

1. 청약철회의 개념 및 대상

보험을 계약한 뒤 단순히 마음에 들지 않거나 변심에 의한 경우도 일정한 기간 내에는 위약금이나 손해 없이 그 계약을 철회할 수 있습니다. 이는 장기 상품인 보험의 특성을 고려하여 그 가입여부를 다시 한 번 신중히 재고할 기회를 부여하는 것입니다.

청약철회가 가능한 보험종목은 생명보험 및 손해보험 중 가입기간 1년 이상 가계성 보험(개인의 일상생활과 관련된 보험)으로, 자동차보험·화재보험·배상책임보험 등은 제외됩니다.

2. 청약철회 방법 및 효과

보험계약자는 보험증권을 받은 날로부터 15일이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없으며, 청약을 한 날로부터 30일을 초과한 경우에도 청약을 철회할 수 없습니다. 이 경우 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

보험회사는 청약의 철회를 접수한 경우 3영업일 이내에 기납입 보험료를 반환하며, 보험료 반환이 지체된 경우 일정한 이자(보험계약대출이율에 기간별 가산이율을 더한 이율로 연단위 복리로 계산)를 더하여 지급합니다.

4 계약취소와 품질보증제도

1. 계약취소의 개념과 요건

보험 계약취소 제도는 보험 품질보증제도라고도 하며, 청약철회와 달리 일정한 사유에 해당하는 경우 계약이 성립한 날로부터 3개월 내에 보험계약을 취소할 수 있는 제도입니다.

일정한 사유라 함은 ①보험회사가 약관 및 청약서 부본을 주지 않거나, ②약관의 주요내용을 설명하지 않은 때, 또는 ③계약자가 계약 체결시 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때를 의미하며, 이를 '3대 기본지키기'라고도 합니다.

'3대 기본지키기'를 위반한 계약에 대하여는 청약일로부터 3개월 이내에 계약취소가 가능합니다. 보험계약자는 취소사유와 내용을 기재한 계약취소 청구서를 작성하여 내용증명 우편으로 발송하거나 회사로 직접 방문하여 접수하면 됩니다.

2. 계약취소의 효과

보험 계약취소 요청이 접수된 경우 보험회사는 보험계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려주어야 하며, 보험료를 받은 기간에 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더해 지급해야 합니다.

보통약관

어려운 용어는 **프로미라이프 용어사전** 참고 ····· 44
인용 법규는 **약관에서 인용한 법규** 참고 ····· 998

제1관 목적 및 용어의 정의

1. (목적)

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

2. (용어의 정의)

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

1 계약관계 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.
장해	【별표1】 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 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.

보험 지식

한국표준질병사인분류 부호 체계

【별표】에서 사용되는 한국표준질병사인분류는 질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다.
또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.
- 검표(+) : 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*) : 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. (금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.)
보장부분 적용이율	보장보험료를 산출할 때, 적용하는 이율을 말합니다.
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

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.

인용 문구

관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조 및 제3조

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제 <2005. 6. 30>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)

10의2. 「공직선거법」제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일

11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.

1. 제2조제2호 또는 제7호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조제2호 · 제4호 · 제7호 또는 제9호의 공휴일이 토요일 · 일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

5 보험계약(종) 구분 관련 용어

① 이 계약에서 0종,1종,2종,3종,4종,5종,20종,21종,22종,23종,24종,25종,40종,41종,42종,43종,44종,45종,60종,61종,62종,63종,64종,65종은 "고급형 계약"이라 합니다.

② 이 계약에서 10종,11종,12종,13종,14종,15종,30종,31종,32종,33종,34종,35종,50종,51종,52종,53종,54종,55종,70종,71종,72종,73종,74종,75종은 "실속형 계약"이라 합니다.

③ 이 계약에서 0종,1종,2종,3종,4종,5종,10종,11종,12종,13종,14종,15종,20종,21종,22종,23종,24종,25종,30종,31종,32종,33종,34종,35종은 "해약환급금 지급

형 계약"이라 합니다.

④ 이 계약에서 40종,41종,42종,43종,44종,45종,50종,51종,52종,53종,54종,55종은 "해약환급금 미지급형B(세만기형) 계약"이라 합니다.

⑤ 이 계약에서 60종,61종,62종,63종,64종,65종,70종,71종,72종,73종,74종,75종은 "해약환급금 미지급형B(갱신형) 계약"이라 합니다.

유의사항

보험계약(종) 구분

0종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
1종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
2종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
3종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
4종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
5종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)

10종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
11종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
12종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
13종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
14종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
15종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)

20종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
21종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
22종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
23종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
24종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
25종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)

30종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
31종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
32종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
33종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
34종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
35종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)

40종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
41종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
42종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
43종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
44종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
45종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)

50종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,실속형)
51종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,실속형)
52종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,실속형)
53종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,실속형)
54종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,실속형)
55종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,실속형)

60종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
61종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
62종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
63종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
64종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
65종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)

70종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,실속형)
71종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,실속형)
72종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,실속형)
73종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,실속형)
74종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,실속형)
75종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,실속형)

제2관 보험금의 지급

3. (보험금의 지급사유(상해사망(맞춤간편고지)))

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 발생한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 상해사망 담보의 가입금액을 상해사망

보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

4. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 3. (보험금의 지급사유(상해사망(맞춤간편고지)))의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

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

용어 풀이

실종선고

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

인용 문구

실종의 선고(민법 제27조)

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

2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 3. (보험금의 지급사유(상해사망(맞춤간편고지))) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

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

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

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

5. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))에서 정한 보험료 납입면제도 적용하지 않습니다.

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

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

용어 풀이

【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 상해관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않으며, 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))에서 정한 보험료 납입면제도 적용하지 않습니다.

① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩

② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

용어 풀이

흥행

각종 예능이나 스포츠를 입장권을 받고 관객에게 관람시키는 일 또는 준비 일체를 포함한 사업을 말합니다.

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

6. (보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 3. (보험금의 지급사유(상해사망(맞춤간편고지)))에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

7. (보험금의 청구)

1 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구해야 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, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

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

8. (보험금의 지급절차)

1 회사는 7. (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 위 1의 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 7. (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 아래 6에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
⑥ 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

3 위 2에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

4 위 2에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

용어 풀이

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 위 1의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(위 2에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표2】 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.

6 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 16. (알릴 의무 위반의 효과) 및 위 2의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

7 회사는 위 6의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

9. (만기환급금의 지급)

1 이 계약에서 정한 만기환급금의 지급은 “해약환급금 지급형 계약”에 한하여 적용합니다. 회사는 보험기간이 끝난 때에 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다)에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 이 계약의 공시이율로 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 적립한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 그러나, 기인출된 중도인출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계액을 빼고 지급합니다.

유의사항

해약환급금 지급형 계약

0종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
1종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
2종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
3종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
4종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
5종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)

10종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
11종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
12종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
13종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
14종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
15종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)

20종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
21종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
22종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
23종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
24종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
25종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)

30종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
31종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
32종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
33종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
34종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
35종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)

2 위 1의 공시이율이 보험기간 중에 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 36. (공시이율의 적용 및 공시)에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리 0.2%로 합니다.

3 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 위 1에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

4 회사는 위 1에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’ 에 따릅니다.

용어풀이

공시이율

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

최저보증이율

운용자산이익률 및 외부지표금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 계약자적립액이 공시이율에 따라 적립되며 공시이율이 0.1%인 경우(최저보증이율은 0.2%일 경우), 계약자적립액은 공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.2%)로 적립됩니다.

10. (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 위 1에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “보장부분 적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 지급합니다.

용어 풀이

평균공시이율

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

용어 풀이

연단위 복리

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

11. (주소변경통지)

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

12. (보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 9. (만기환급금의 지급)의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 그 밖의 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.

13. (대표자의 지정)

1 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명을 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.

예시

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

연대

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

14. (계약 전 알릴 의무)

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

인용 문구

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.

예시

보험청약시 보험회사의 요구에 의하여 보험계약자가 작성하는 질문표에 기재된 질문사항은 다른 특별한 사정이 없는 한 보험계약에 있어서의 중요한 사항에 해당된다고 볼 수 있으므로 질문표에 사실과 다르게 기재하였다면 보험자는 고지의무위반을 이유로 보험계약을 해지할 수 있습니다.

15. (계약 후 알릴 의무)

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

① 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경

가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우

나. 직업이 없는 자가 취직한 경우

다. 현재의 직업을 그만둔 경우

용어 풀이

직업

① 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일

② 위 ①에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

직무

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

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

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

④ 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

2 회사는 위 1의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 22. (계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

보험 지식

위험변경에 따른 계약변경 절차

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)

↓

계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약

↓

계약변경사항 인수 심사

↓

정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)

↓

계약변경 완료

3 회사는 위 2에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없음) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 보험료 갱신형 계약 등 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

4 위 1의 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.

용어 풀이

보험요율

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

예시

〈비례 보상 예시〉

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1급 → 3급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우

•상해사망 가입금액 : 1억원
•상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 3급 0.6
→ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원 × (0.3 ÷ 0.6) = 5천만원

5 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 위 1 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 위 4에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

용어 풀이

중대한 과실

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

16. (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 14. (계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 15. (계약 후 알릴 의무) 1에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

2 위 1.①의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
① 회사가 최초계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
④ 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.)
⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

3 위 1에 따라 계약을 해지하였을 때에는 35. (해약환급금) 1에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 위 1.①에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다" 라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

5 위 1.②에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 15. (계약 후 알릴 의무) 4 또는 5에 따라 보험금을 지급합니다.

6 위 1에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 위 4 및 5에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

8 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 위 2의 최초계약으로 봅니다. 다만, 부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

17. (사기에 의한 계약)

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

진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

2 위 1에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

18. (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.

용어 풀이

보험가입금액 제한

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

일부보장 제외

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 최종진단일)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.

용어 풀이

평균공시이율

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

용어 풀이

연단위 복리

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

5 회사가 위 2에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

6 위 5의“ 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우”는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

① 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우

② 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

7 위 5의 ‘청약일로부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 28. (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

8 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 위 5의 청약일로 하여 적용합니다.

19. (청약의 철회)

1 계약자는 보험증권을 받은 날로부터 15일이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

용어 풀이

전문금융소비자

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

일반금융소비자

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

2 위 1에도 불구하고, 청약한 날로부터 30일을 초과한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 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 위 1에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

20. (약관교부 및 설명의무 등)

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

① 서면교부

② 우편 또는 전자우편
③ 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

2 위 1과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 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.

보험 지식

약관의 중요한 내용

보험업법 시행령 제42조의 2(설명의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2 (보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.
- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

용어 풀이

통신판매계약

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 회사가 위 1에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

인용 문구

전자서명법 제2조(정의)

2. “전자서명”이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적형태의 정보를 말한다.
가. 서명자의 신원
나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

용어 풀이

자필서명

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

4 위 3에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 2의 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 위 3에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

21. (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 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)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.

인용문구

전자서명법 제2조(정의)

2. “전자서명”이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적형태의 정보를 말한다.
   가. 서명자의 신원
   나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

② 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 그 계약을 유효한 것으로 봅니다.

용어풀이

심신상실자

의식은 있으나 정신 장애의 정도가 심하여 자신의 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못하는 사람

심신박약자

마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람

③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 위 ②의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

④ 계약자가 계약일로부터 3개월 이내에 이 계약의 피보험자를 대상으로 일반심사보험 상품에 청약하고, 회사가 심사를 통해 일반심사보험 상품에 가입 가능하다고 판단한 경우

22. (계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재합니다. 다만, 해약환급금 미지급형 B 보험계약의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자, 보험가입금액의 증액 은 변경할 수 없습니다.

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

유의사항

보험계약(종) 구분

0종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
1종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
2종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
3종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
4종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
5종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)

10종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
11종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
12종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
13종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
14종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
15종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)

20종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
21종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
22종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
23종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
24종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
25종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)

30종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
31종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
32종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
33종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
34종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
35종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)

40종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
41종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)

42종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
43종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
44종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
45종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)

50종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,실속형)
51종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,실속형)
52종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,실속형)
53종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,실속형)
54종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,실속형)
55종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,실속형)

60종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
61종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
62종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
63종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
64종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
65종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)

70종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,실속형)
71종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,실속형)
72종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,실속형)
73종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,실속형)
74종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,실속형)
75종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,실속형)

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.

예시

계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급하는 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 변경합니다.

4 회사는 계약자가 위 1.⑤의 규정에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 35. (해약환급금) 1에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

용어 풀이

감액

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약 시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.)

해지

현재 유지되고 있는 계약이나 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

5 계약자가 위 2의 규정에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

6 회사는 위 1에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명합니다.

7 위 1에 따라 계약의 위험이 증가하거나 감소하는 등 계약내용이 변경되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약의 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료의 정산으로 계약자가 추가납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

8 위 1의 규정에 따라 보험료를 감액하는 등 계약내용이 변경되는 경우 만기(해약)환급금이 없거나 최초 가입시 안내한 만기(해약)환급금 보다 적어질 수 있습니다.

23. (보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 21. (계약의 무효) ②의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

2 위 1의 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 청약서류에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증, 운전면허증, 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

보험 지식

보험나이 계산 예시

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2014년 4월 13일
⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

계약해당일 계산 예시

해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
계약일 : 2016년 2월 29일 ⇒ 계약해당일 : 2017년 2월 28일

24. (계약의 소멸)

1 회사가 3. (보험금의 지급사유(상해사망(맞춤간편고지)))의 상해사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 계약은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 계약이 소멸되는 경우에 회사는 3. (보험금의 지급사유(상해사망(맞춤간편고지)))의 해약환급금을 지급하지 않습니다. 다만, "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 적립부분의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

용어 풀이

계약자적립액

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

미경과보험료

보험자가 보험계약자로부터 받은 영업보험료 중에서 아직 당해 보험료기간이 경과하지 않은 보험료를 말한다. 가령 보험자가 1년치 보험료를 받은 후 6개월이 경과했다면, 받은 보험료의 1/2은 나머지 6개월(미경과기간)에 대응하는 것으로 미경과보험료라 합니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

3 3. (보험금의 지급사유(상해사망(맞춤간편고지)))에서 보장하는 사유 이외의 원인으로 피보험자가 사망하였을 경우 이 계약은 소멸되며, 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

4 위 1 내지 3에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 회사는 8. (보험금의 지급절차)에 따라 계약자적립액 및 미경과보험료를 보험계약자에게 지급하여 드립니다. 이 때, 8. (보험금의 지급절차)에 따른 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 '【별표2】보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'을 따릅니다.

5 위 1 내지 3에도 불구하고 다음의 두가지 사유에 모두 해당하는 경우에는 32. (중대사유로 인한 해지)를 따릅니다.
① 피보험자의 사망을 보험금 지급 사유로 하는 경우
② 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인해 피보험자가 사망한 경우

제5관 보험료의 납입

25. (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 위 1의 보험료는 3. (보험금의 지급사유(상해사망(맞춤간편고지)))의 손해를 보장하는데 필요한 보험료(이하 "보장보험료"라 합니다)와 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(이하 "적립보험료"라 합니다)로 구성됩니다(이하 보장보험료와 적립보험료를 합하여 "보험료"라 합니다).

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

보험 지식

보장개시일

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

4 회사는 위 3에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

① 14. (계약 전 알릴 의무)의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

② 16. (알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생할 때 까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

26. (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.

용어 풀이

납입기일

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))

1 이 계약에서 정한 보험료 납입면제는 "고급형 계약"에 한하여 적용합니다.

유의 사항

고급형 계약

0종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
1종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
2종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
3종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
4종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
5종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)

20종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
21종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
22종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
23종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
24종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
25종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)

40종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
41종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
42종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
43종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
44종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
45종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)

60종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)

61종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
62종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
63종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
64종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
65종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)

2 회사는 보험료 납입기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제합니다.
① 보험료 납입기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
② 보험료 납입기간 중 진단확정된 질병으로 「장해분류표」에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
③ 보험료 납입기간 중 암보장개시일(책임개시일) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되었을 때
④ 보험료 납입기간 중 "뇌졸중"으로 진단확정되었을 때
⑤ 보험료 납입기간 중 "급성심근경색증"으로 진단확정되었을 때

3 위 2.③에서 암보장개시일(책임개시일)이라 함은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 말하며, 갱신계약의 경우 이 특별약관의 갱신일을 말합니다.

4 위 2.③의 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암 제외)로 진단확정된 경우에는 다음 각 호에서 정한 사유가 발생하더라도 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.
① 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 진단확정된 암(유사암 제외)의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다른 암(유사암 제외)으로 진단확정된 경우
② 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 진단확정된 암(유사암 제외)이 치료된 후 동일부위에 그 암과 동일한 조직병리학적 특성을 가진 암(유사암 제외)이 발생하여 진단확정된 경우

5 위 4에도 불구하고 그 암(유사암 제외)이 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 진단확정 받더라도 암보장개시일(책임개시일) 이후 5년(갱신계약의 경우 최초계약의 암보장개시일(책임개시일) 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일(책임개시일)부터 5년이 지난 이후에는 위 2.③에 따라 보장보험료의 납입을 면제합니다.

6 위 5의" 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우"는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
① 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
② 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

7 회사는 위 2에 따라 피보험자의 보장보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.

8 위 2에도 불구하고 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 사유로 위 2.① 및 ②에서 정한 장해상태가 된 경우에는 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

9 위 2.① 및 ②에서 정한 장해상태에 대한 판정기준 및 2.③ 내지 ⑤에서 정한 질병의 정의 및 진단확정은 다음 조항을 따릅니다.
「[제3장 질병 및 상해 관련] 7.보험료납입면제대상보장(5대사유)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관」의
3. (보험금 지급에 관한 세부규정),
4. ("암" 등의 정의 및 진단확정),
5. ("뇌졸중"의 정의 및 진단확정),
6. ("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

10 위 2 및 9에 따라 보험료 납입면제가 되었더라도 해당 보험기간의 만기가 도래하여 새롭게 자동 갱신되는 경우 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 갱신계약의 보장개시일 이전의 상태는 정상으로 보아 갱신계약의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

11 위 2 내지 10에도 불구하고 일부 특별약관의 경우에는 보험기간 동안 계속 보험료를 납입하셔야 보장을 받으실 수 있습니다.

27. (보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 28. (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 38. (보험계약대출) 1에 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 계약자는 아래 ①의 금액이 ②의 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
① 위 1의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액
② 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액

3 위 1 및 2에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 1에

따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 35. (해약환급금) 1에 따른 해약환급금을 지급합니다.

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

용어 풀이

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.

28. (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 정합니다. 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

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)

용어 풀이

납입최고(독촉)

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

2 회사가 위 1에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 해당 전자문서에 대하여 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 위 1에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

인용 문구

전자서명법 제2조(정의)

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적형태의 정보를 말한다.
   가. 서명자의 신원
   나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

3 회사가 위 1에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

① 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 위 1에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것

② 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것

③ 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 위 1에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것

④ 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것

⑤ 위 ③ 및 ④의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

4 위 1에 따라 계약이 해지된 경우에는 35. (해약환급금) 1에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 28. (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 "평균공시이율 + 1%" 범위내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

용어 풀이

부활(효력회복)

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

2 위 1에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 14. (계약 전 알릴 의무), 16. (알릴 의무 위반의 효과), 17. (사기에 의한 계약), 18. (보험계약의 성립) 및 25. (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

3 위 1에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함합니다.) 14. (계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 16. (알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

용어 풀이

평균공시이율

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

30. (강제집행 등으로 인한 해지계약의 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 22. (계약내용의 변경 등) 1의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 회사는 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

2 회사는 위 1에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

3 회사는 위 1의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 위 1의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

4 회사는 위 1의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

5 보험수익자는 통지를 받은 날(위 3에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 위 1의 절차를 이행할 수 있습니다.

용어 풀이

강제집행

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

담보권실행

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

국세 및 지방세 체납처분 절차

국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 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

31. (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 35. (해약환급금) 1에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

2 21. (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 35. (해약환급금) 1에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

32. (중대사유로 인한 해지)

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

① 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급 사유를 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.

2 회사가 위 1에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 35. (해약환급금) 1에 따른 해약환급금을 지급합니다.

33. (회사의 파산선고와 해지)

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

2 위 1의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

3 위 1의 규정에 따라 계약이 해지되거나 위 2의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 35. (해약환급금) 1에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

34. (위법계약의 해지)

1 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

3 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 위 1의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

4 위1 및 3에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 35. (해약환급금)의 아래에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

① (해약환급금 지급형 계약) 5

② (해약환급금 미지급형B(세만기형) 계약) 6

③ (해약환급금 미지급형B(갱신형) 계약) 5

5 계약자는 위 1에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

35. (해약환급금)

(해약환급금 지급형 계약)

1 이 약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다. 이때, 적립부분 순보험료에 대하여는 회사는 제1회 보험료를 받은 날부터 이 계약의 공시이율을 적용합니다. 그러나 기인출된 중도인출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계액을 빼고 지급합니다.

2 위 1의 공시이율이 보험기간 중에 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 36. (공시이율의 적용 및 공시)에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리 0.2%로 합니다.

3 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 ‘【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’에 따릅니다.

4 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

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

유의사항

해약환급금 지급형 계약

0종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
1종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
2종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
3종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
4종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
5종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)

10종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
11종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
12종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
13종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
14종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
15종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)

20종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
21종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
22종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)

23종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
24종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
25종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)

30종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
31종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
32종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
33종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
34종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
35종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)

용어 풀이

공시이율

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

최저보증이율

운용자산이익률 및 외부지표금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 계약자적립액이 공시이율에 따라 적립되며 공시이율이 0.1%인 경우(최저보증이율은 0.2%일 경우), 계약자적립액은 공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.2%)로 적립됩니다.

(해약환급금 미지급형B(세만기형) 계약)

1 이 약관에 따른 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산합니다. 단, 계약의 보험료 납입기간 중 해지될 경우의 해약환급금은 없으며, 보험료 납입기간 만료 이후 해지될 경우의 경과기간별 해약환급금은 해지율을 적용하지 않고 산출한 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.

2 위 1에도 불구하고 갱신형 특별약관은 해지시점과 무관하게 표준형 해약환급금의 100%에 해당하는 금액으로 합니다.

3 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우, 계약 체결시 설정한 납입기간을 기준으로 위 1의 규정을 따릅니다.

유의 사항

해약환급금 미지급형B(세만기형) 계약

40종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
41종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
42종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
43종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
44종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)
45종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,고급형)

50종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,실속형)
51종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,실속형)
52종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,실속형)
53종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,실속형)
54종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,실속형)
55종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 미지급형B(세만기형,실속형)

유의 사항

해약환급금 관련 유의사항

1. 해약환급금 미지급형B(세만기형) 계약의 경우 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없고, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 「해지율을 적용하지 않는 동일한 보장 내용의 상품(이하, "표준형 해약환급금 상품"이라 한다)」 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 "표준형 해약환급금 상품"보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. 위 1.에서 "표준형 해약환급금 상품" 계약의 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로서 해지율을 적용하지 않습니다.
3. 회사는 해약환급금 미지급형B(세만기형) 계약을 체결할 때 계약자에게 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 동일 보장내용으로 해지율을 적용하지 않은 상품과 비교·안내해 드립니다.
4. 보험료 납입기간이란, 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간을 말합니다.

보험 지식

해약환급금 예시(해약환급금 미지급형B(세만기형))

① 납입기간 중 해지시 : 0원(해약환급금 미지급)
② 납입완료 후 해지시
(표준형 해약환급금 상품의 해약환급금이 100만원일 경우)
해약환급금 미지급형B(세만기형)의 해약환급금 : 100만원 × 50% = 50만원

4 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 「【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」에 따릅니다.
5 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
6 34. (위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

(해약환급금 미지급형B(갱신형) 계약)

1 이 약관에 따른 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산합니다. 단, 계약이 해지될 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
2 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우, 계약 체결시 설정한 납입기간을 기준으로 위 1의 규정을 따릅니다.
3 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 「【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」에 따릅니다.
4 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
5 34. (위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

유의 사항

해약환급금 미지급형B(갱신형) 계약

60종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
61종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
62종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
63종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
64종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)
65종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,고급형)

70종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,실속형)
71종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,실속형)
72종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,실속형)
73종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,실속형)
74종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,실속형)
75종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 미지급형B(갱신형,실속형)

36. (공시이율의 적용 및 공시)

1 이 계약에서 적립부분 순보험료에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 공시이율로 하며, 당월 말일까지 1개월간 확정 적용합니다. 여기서 공시이율은 「보장성 공시이율1701」(이하 '공시이율'이라 합니다)를 말합니다.
2 위 1의 공시이율은 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리(국고채, 회사채, 통화안정증권 등의 수익률을 가중평균하여 계산)를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.

용어 풀이

가중평균

중요도나 영향도에 해당하는 각각의 가중치를 곱하여 구한 평균값을 말합니다.

3 위 2에도 불구하고 최저보증이율은 0.2%로 합니다.
4 회사는 위 2에서 정한 공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

37. (중도인출금)

1 이 계약에서 정한 중도인출금은 "해약환급금 지급형 계약"에 한하여 적용합니다. 회사는 계약자가 보험료를 정상적으로 납입하고 보험계약이 유효한 경우에 보험계약일로부터 1년이 지난 후부터 계약자의 청구가 있는 경우에 매 보험년도마다 4회에 한하여 인출할 수 있습니다. 다만, 중도인출금은 계약자가 요청하는 시점의 보통약관 해약환급금과 보통약관 적립부분 해약환급금 중 적은 금액(보험계약대출이 있는 경우 그 원리금 합계액을 공제한 후의 금액)의 80%이내에서 인출할 수 있습니다.

해약환급금 지급형 계약

유의사항

0종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
1종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
2종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
3종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
4종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)
5종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(갱신형,고급형)

10종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
11종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
12종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
13종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
14종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)
15종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(갱신형,실속형)

20종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
21종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
22종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
23종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
24종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)
25종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(세만기형,고급형)

30종 : 간편고지가입자형(3.0.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
31종 : 간편고지가입자형(3.1.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
32종 : 간편고지가입자형(3.2.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
33종 : 간편고지가입자형(3.3.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
34종 : 간편고지가입자형(3.4.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)
35종 : 간편고지가입자형(3.5.5)_해약환급금 지급형(세만기형,실속형)

용어풀이

보험년도

보험계약일로부터 다음 해의 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2017년 2월 15일인 경우 보험년도는 2월 15일부터 다음 해 2월 14일까지의 1년을 말합니다.

보험지식

중도인출금의 한도 예시

중도인출을 요청하는 시점에서 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 의해 산출한 보통약관 해약환급금과 보통약관 적립부분 해약환급금 중 적은 금액이 100만원인 경우

○ 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원
○ 원금과 이자의 합계가 30만원인 보험계약대출이 있는 경우
중도인출 가능액 = (100만원 - 30만원) × 80% = 56만원

2 중도인출시 만기(해약)환급금에서 인출금액 및 인출금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 만기(해약)환급금이 감소합니다.

38. (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 위 1의 규정에 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 위 2의 규정에도 불구하고 회사는 28. (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.

39. (배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 보험계약의 자동갱신 등(갱신형 계약限)

※ 제7관 「보험계약의 자동갱신 등」은 갱신형으로 가입한 경우에만 적용합니다.

40. (보험기간 및 자동갱신)

1 이 계약의 보험기간은 보험증권에 기재된 보험기간으로 합니다.

2 이 계약이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하는 경우에는, 이 계약의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 계약」(이하 "갱신전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「이 계약의 만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

① 「갱신된 계약」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것

③ 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 위 1에도 불구하고 갱신시점에서 갱신종료 나이까지의 잔여보험기간이 위 1의 보험기간 미만일 경우 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 회사는 위 2 및 3에 의하여 이 계약이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

41. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 28.(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간 안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

42. (자동갱신 적용)

1 회사는 보험가입 후 갱신계약에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 이 계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 이 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

3 1의 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경되어 보장내용이 변경된 경우에는 이 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 변경내용, 계약자의 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.

4 회사는 3의 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 이 계약은 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 이 계약은 만료됩니다.

5 회사가 3의 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일에 이 계약은 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 갱신일로부터 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 갱신일 이후 납입한 해당 갱신계약의 보험료를 돌려 드립니다.

제8관 분쟁조정 등

43. (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.

용어 풀이

이해관계인

특정한 사실에 관하여 법률상의 이해를 가진 자를 말합니다.

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

44. (관할법원)

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

45. (소멸시효)

1 보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액 및 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

2 제 1의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

예시

소멸시효 예시

보험금 지급사유가 2017년 1월1일에 발생하였음에도 2019년 12월 31일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

46. (약관의 해석)

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

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

47. (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 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

용어 풀이

보험안내자료

계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 자료 등을 말합니다.

48. (회사의 손해배상책임)

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

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

3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 위 2에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

용어 풀이

현저하게 공정을 잃은 합의

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

49. (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.

50. (준거법)

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

51. (예금보험에 의한 지급보장)

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

보험 지식

예금자보호제도

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

특별약관

제1장 상해관련

어려운 용어는 **프로미라이프 용어사전** 참고 ····· 44
인용 법규는 **약관에서 인용한 법규** 참고 ····· 998

용어	정의
갱신형	일정 기간을 주기로 보험기간이 자동 갱신되는 형태를 말합니다. 이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보험증권에 갱신 주기를 기재하여 드립니다. 예시) 3년/10년/20년/30년 만기 자동갱신
비갱신형	만기까지 갱신되지 않고 보장이 지속되는 형태를 말합니다. 예시) 80세/90세/100세 만기

1 | 상해80%이상후유장해(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 「장해분류표」(【별표1】 장해분류표 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해80%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 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)에서 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 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 ⑥에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다. 보장개시 이전의 원인에 의한 후유장해 또는 그 이전에 발생한 후유장해는 위의 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않는 후유장해로 봅니다.

3. (특별약관의 소멸)

① 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 상해80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

4. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)중도인출금의 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

2 | 상해입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지) (비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 1. (보험금의 지급사유)의 상해입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 1. (보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 ①을 적용합니다.

③ 1. (보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 ② 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상해입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 상해입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

4. (특별약관의 소멸)

① 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

3 | 상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지) (비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

2 위 1의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

인용문구

의료법 시행규칙 별표 4

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

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

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

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

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 상해중환자실입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 1. (보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 1. (보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 상해중환자실입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

4 | 상해수술비(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해사고의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 지급합니다.

2 위 1의 상해수술비는 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생하거나 또는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산

② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내,체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

③ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

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

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)

⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)

② 천자(穿刺) 등의 조치

③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

④ 미용성형 목적의 수술

⑤ 피임(避妊) 목적의 수술

⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

5 | 상해1~5종수술비Ⅱ(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보장의 범위)

이 특별약관은 다음의 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 상해1~5종수술비Ⅱ(1종,동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)
2. 상해1~5종수술비Ⅱ(2종,동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)
3. 상해1~5종수술비Ⅱ(3종,동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)
4. 상해1~5종수술비Ⅱ(4종,동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)
5. 상해1~5종수술비Ⅱ(5종,동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)

2. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해사고의 직접결과로써 "1~5종수술 분류표"(【별표4】 1~5종수술 분류표 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래와 같이 상해1~5종수술비를 지급합니다.

세부보장 구분	지급금액
1종	상해1~5종수술비Ⅱ(1종,동일사고당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
2종	상해1~5종수술비Ⅱ(2종,동일사고당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
3종	상해1~5종수술비Ⅱ(3종,동일사고당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
4종	상해1~5종수술비Ⅱ(4종,동일사고당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
5종	상해1~5종수술비Ⅱ(5종,동일사고당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액

2 위 1의 상해1~5종수술비는 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 상해1~5종수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다.

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

4. (보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생하거나 또는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

5. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 "1~5종 수술분류표"(【별표4】 1~5종수술 분류표 참조)에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱

신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

6 | 상해50%이상후유장해(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해로 「장해분류표」(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 상해50%이상후유장해보험금으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 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)에서 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 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 ⑥에서 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다. 보장개시 이전의 원인에 의한 후유장해 또는 그 이전에 발생한 후유장해는 위의 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않는 후유장해로 봅니다.

3. (특별약관의 소멸)

① 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 상해50%이상후유장해보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

4. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

7 | 화상치료비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보장의 범위)

이 특별약관은 다음의 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 화상치료비(화상진단)(맞춤간편고지)
2. 화상치료비(화상수술)(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)
3. 화상치료비(중대한화상및부식진단)(맞춤간편고지)

2. (보험금의 지급사유)

2-1. (보험금의 지급사유(화상치료비(화상진단)))

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 화상분류표(【별표23】화상 분류표 참조)에서 정한 화상으로 진단확정시 1사고당 이 세부보장의 보험가입금액을 화상진단비로 지급합니다.

② 위 ①의 동일한 상해사고(화상)를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 지급합니다.

2-2. (보험금의 지급사유(화상치료비(화상수술)(동일사고당1회지급)))

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 화상분류표(【별표23】화상 분류표 참조)에서 정한 화상으로 진단확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 세부보장의 보험가입금액을 화상수술비로 지급합니다.

② 위 ①의 동일한 상해사고(화상)를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 화상수술비만 지급합니다.

2-3. (보험금의 지급사유(화상치료비(중대한화상및부식진단)))

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」(이하 "중대한 화상 및 부식"이라합니다)으로 진단확정된 경우 1회에 한하여 이 세부보장의 보험가입금액을 중대한 화상 및 부식진단비로 지급합니다.

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 2-1. (보험금의 지급사유(화상치료비(화상진단))) 및 2-2. (보험금의 지급사유(화상치료비(화상수술)(동일사고당1회지급)))의 화상이라 함은 화상분류표에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당하고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

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

4. (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

② 회사는 그 원인의 직·간접을 묻지 아니하고 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대해서는 2-2. (보험금의 지급사유(화상치료비(화상수술)(동일사고당1회지급)))를 보장하지 않습니다.

① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다.)
② 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

5. ("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

② 위 ①에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?
- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
(예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

6. (중대한 화상 및 부식의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중대한 화상 및 부식"이라 함은 '9의 법칙(Rule of 9's)' 또는 '룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder Chart)'에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식을 입은 경우를 말합니다. 단, '9의 법칙' 또는 '룬드와 브라우더 신체 표면적 차트' 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

2 "중대한 화상 및 부식"의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "중대한 화상 및 부식"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 회사가 2-3. (보험금의 지급사유(화상치료비(중대한화상및부식진단)))에서 정한 세부보장 "화상치료비(중대한화상및부식진단)"를 지급한 경우 "화상치료비(중대한화상및부식진단)" 세부보장에 대한 회사의 보장책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 2에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

8 | 골절진단비(치아제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해로 골절(치아파절제외)분류표(【별표28】골절(치아파절제외)분류표 참조)에서 정한 골절로 진단확정시 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비(치아제외)로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.
2 1. (보험금의 지급사유)에도 불구하고, 직·간접 원인을 묻지 않고 치아골절(파절)손해 또는 치아골절(파절)이 원인이 되어 발생한 손해는 보장하지 않습니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아제외)이 치아골절(파절)과 동시에 발생한 경우는 2. (보험금 지급에 관한 세부규정)에 따라 보장합니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

9 | 골절진단비(치아포함)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해로 골절분류표(【별표29】골절 분류표 참조)에서 정한 골절로 진단확정시 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비(치아포함)로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

3. (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, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
⑤ 치과치료관련 증명서(치아골절 진단을 받은 경우에만 해당)
가. 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 진료확인서(회사양식)
- 치료한 치아의 위치 또는 치아번호
- 해당 치아의 내원 당시의 상태
- 직접적인 치아치료원인
- 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수

나. 회사는 상기 "가"의 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하는 경우 치료 전후의 X-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료를 추가로 요구할 수 있습니다.
2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에

서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

10 | 골절수술비(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해사고로 골절분류표(【별표29】골절 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 골절로 진단확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 지급합니다.

2 위 1의 골절수술비는 동일한 상해사고(골절)를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 골절수술비만 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

2 회사는 그 원인의 직·간접을 묻지 아니하고 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다.)

② 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)

② 천자(穿刺) 등의 조치

③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

④ 미용성형 목적의 수술

⑤ 피임(避妊) 목적의 수술

⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

11 | 중대한특정상해수술비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 발생한 「급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 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 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한특정상해수술비로 지급합니다. 다만, 피보험자가 동일한 사고로 인하여 중대한특정상해수술비 지급사유가 두가지 이상 발생한 경우에도 한가지 사유에 의한 중대한특정상해수술비만을 지급합니다.

2 위 1에서 "뇌손상"이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌손상【별표34】중대한특정상해 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.
3 위 1에서 "내장손상"이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표34】중대한특정상해 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("수술"의 정의와 장소)

1 1. (보험금의 지급사유) 1에서 "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 수술로써 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡격막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 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 수술로써, 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.
2 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 뇌손상 또는 내장손상으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
3 위 2에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

4 위 2의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
(예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

4. (특별약관의 소멸)

1 1. (보험금의 지급사유) 1의 중대한특정상해수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

12 | 상해입원·통원수술비(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간중에 상해사고의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 다음과 같이 상해입원·통원수술비(동일사고당 1회지급)을 지급합니다.

구분	입원기간	지급금액
상해 입원·통원 수술비	통원 또는 당일입원하여 수술을 받은 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	2일이상 입원하여 수술을 받은 경우	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다
3 위 1의 상해입원·통원수술비(동일사고당 1회지급)는 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해입원·통원수술비(동일사고당 1회지급)만 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생하거나 또는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
(예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

13 | 5대골절진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해로 5대골절분류표(【별표41】5대골절분류표 참조)에서 정한 5대골절로 진단확정시 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 1. (보험금의 지급사유)의 5대골절진단비는 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 5대골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보장합니다.

② 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (특별약관의 소멸)

① 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

4. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

14 | 상해흉터복원수술비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 「급격하고도 우연한 외래의 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 등을 포함합니다)등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로 인하여 상해흉터복원수술을 받은 경우 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비Ⅱ로 지급합니다.

② 위 ①의 상해흉터복원수술이란 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우를 말합니다.

[보험가입금액15만원]

구분	안면부	상지 · 하지
지급액	수술 1cm당 30만원	수술 1cm당 15만원 (단, 3cm이상의 경우에 한함)

단, 길이측정이 불가한 피부이식수술등의 경우 수술cm는 최장직경으로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 상해흉터복원수술비Ⅱ는 하나의 사고에 대하여 최고 5,000만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

② 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.
- ① 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분
- ② 상지란 견관절 이하의 팔부분
- ③ 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며, 둔부, 서혜부, 복부등은 제외

③ 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 “수술”에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

“기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술”이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

15 | 상급종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 상급종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

2 1. (보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

3 1. (보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에

따라 상급종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 상급종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

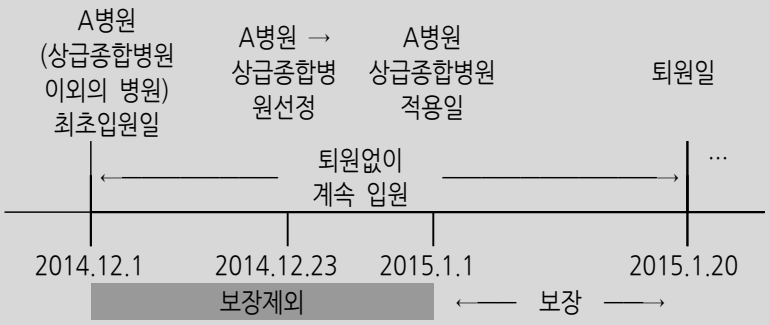
5 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 4. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

6 피보험자가 4. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

7 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 4. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우 상급종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

보험 지식

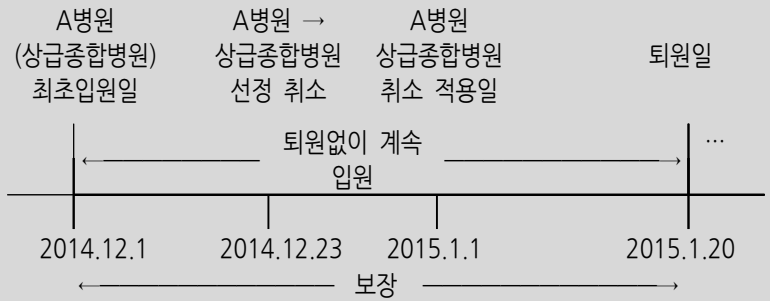
상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 보장예시



8 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 4. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

보험 지식

상급종합병원 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 보장예시



9 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

4. ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

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

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

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

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

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

5. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 4. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원개시일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 입원"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우

② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 4. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

16 | 종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합

병원 상해입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다. 이 경우 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

2 1. (보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

3 1. (보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

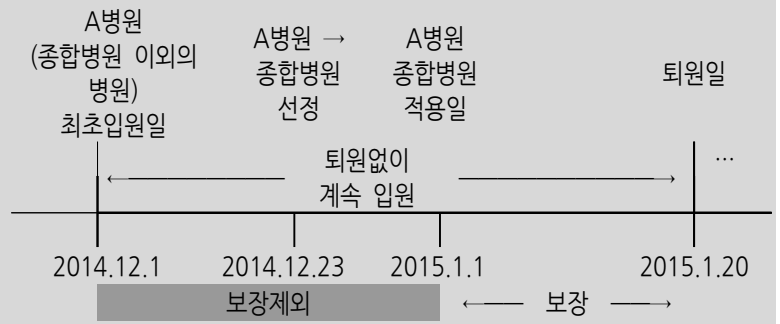
5 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 4. ("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

6 피보험자가 4. ("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

7 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 4. ("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 경우 종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

보험 지식

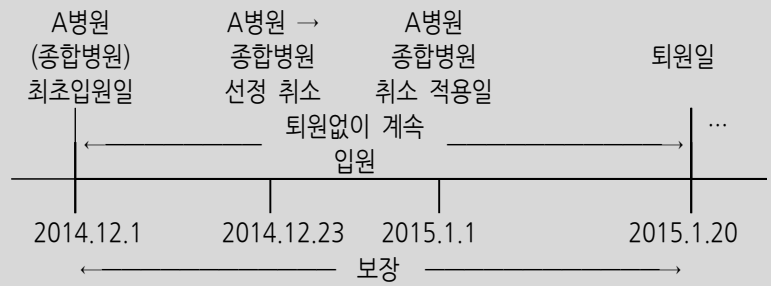
종합병원 이외의 병원 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우 보장예시



8 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 4. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 상해입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

보험 지식

종합병원 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우 보장예시



9 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

4. (“종합병원”의 정의)

“종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

5. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 4. (“종합병원”의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원개시일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 “종합병원 입원”과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도의 변경으로 4. (“종합병원”의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

17 | 상해입원일당(요양병원)(환자분류체계별)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

이 특별약관은 다음의 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

17-1. 상해입원일당(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
17-2. 상해입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
17-3. 상해입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
17-4. 상해입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)

17-1 상해입원일당(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 '의료경도', '의료중도', '의료고도' 또는 '의료최고도' 환자로 1일 이상 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

② 위 ①의 상해입원일당(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 1.(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 요양병원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 ①을 적용합니다.

② 1.(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 ① 및 1.(보험금의 지급사유)에 따라 상해입원일당(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)을 보장합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원일당(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 요양병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 5.("요양병원"의 정의)의 요양병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1.(보험금의 지급사유)에 따라 상해입원일당(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

⑤ 피보험자가 5.("요양병원"의 정의)의 요양병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 요양병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1.(보험금의 지급사유)에 따라 상해입원일당(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 3.("의료경도", "의료중도", "의료고도" 및 "의료최고도"의 정의)의 "의료경도", "의료중도", "의료고도" 및 "의료최고도" 환자로서 입원하여 치료를 받던 중 "의료경도", "의료중도", "의료고도" 및 "의료최고도" 환자 외에 다른 분류의 환자로서 입원하여 치료를 받거나 분류 미적용 환자로서 입원하여 치료를 받는 경우 "의료경도", "의료중도", "의료고도" 및 "의료최고도" 환자로서 입원한 날까지 상해입원일당(요양병원)(의료경도 이상)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("의료경도", "의료중도", "의료고도" 및 "의료최고도"의 정의)

① 이 특별약관에서 "의료경도", "의료중도", "의료고도" 및 "의료최고도"라 함은 요양병원 입원환자 분류체계에 따라 (【별표98】 요양병원 입원환자(의료경도 이상)분류표 참조) "수가코드"를 부여받고 "의료경도", "의료중도", "의료고도" 또는 "의료최고도"로 분류된 환자를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

② 위 ①에 불구하고 이 특별약관은 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정에 따라 분류번호 또는 수가코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다.

③ 위 ①에 불구하고 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는

「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여판정이 변경되더라도 1.(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. (보험금 등 청구시 구비서류)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (입원증명서(수가코드 분류에 따른 입원기간 기입), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 위 1의 ②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

17-2 상해입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 '의료중도', '의료고도' 또는 '의료최고도' 환자로 1일 이상 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)으로 지급합니다.
2 위 1의 상해입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 요양병원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.
2 1.(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여

치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1 및 1.(보험금의 지급사유)에 따라 상해입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)을 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 요양병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 5.("요양병원"의 정의)의 요양병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1.(보험금의 지급사유)에 따라 상해입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

5 피보험자가 5.("요양병원"의 정의)의 요양병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 요양병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1.(보험금의 지급사유)에 따라 상해입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

6 피보험자가 3.("의료중도", "의료고도" 및 "의료최고도"의 정의)의 "의료중도", "의료고도" 및 "의료최고도" 환자로서 입원하여 치료를 받던 중 "의료중도", "의료고도" 및 "의료최고도" 환자 외에 다른 분류의 환자로서 입원하여 치료를 받거나 분류 미적용 환자로서 입원하여 치료를 받는 경우 "의료중도", "의료고도" 및 "의료최고도" 환자로서 입원한 날까지 상해입원일당(요양병원)(의료중도 이상)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

7 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("의료중도", "의료고도" 및 "의료최고도"의 정의)

1 이 특별약관에서 "의료중도", "의료고도" 및 "의료최고도"라 함은 요양병원 입원환자 분류체계에 따라 (【별표99】 요양병원 입원환자(의료중도 이상)분류표 참조) "수가코드"를 부여받고 "의료중도", "의료고도" 또는 "의료최고도"로 분류된 환자를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 위 1에 불구하고 이 특별약관은 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정에 따라 분류번호 또는 수가코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다.

3 위 1에 불구하고 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여판정이 변경되더라도 1.(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. (보험금 등 청구시 구비서류)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (입원증명서(수가코드 분류에 따른 입원기간 기입), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1의 ②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

17-3 상해입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 '의료고도' 또는 '의료최고도' 환자로 1일 이상 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

2 위 1의 상해입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 요양병원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

2 1.(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1 및 1.(보험금의 지급사유)에 따라 상해입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)을 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 요양병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 5.("요양병원"의 정의)의 요양병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1.(보험금의 지급사유)에 따라 상해입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

5 피보험자가 5.("요양병원"의 정의)의 요양병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 요양병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1.(보험금의 지급사유)에 따라 상해입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

6 피보험자가 3.("의료고도" 및 "의료최고도"의 정의)의 "의료고도" 및 "의료최고도" 환자로서 입원하여 치료를 받던 중 "의료고도" 및 "의료최고도" 환자 외에 다른 분류의 환자로서 입원하여 치료를 받거나 분류 미적용 환자로서 입원하여 치료를 받는 경우 "의료고도" 및 "의료최고도" 환자로서 입원한 날까지 상해입원일당(요양병원)(의료고도 이상)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

7 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("의료고도" 및 "의료최고도"의 정의)

1 이 특별약관에서 "의료고도" 및 "의료최고도"라 함은 요양병원 입원환자 분류체계에 따라 (【별표100】 요양병원 입원환자(의료고도 이상)분류표 참조) "수가코드"를 부여받고 "의료고도" 또는 "의료최고도"로 분류된 환자를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 위 1에 불구하고 이 특별약관은 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보

험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정에 따라 분류번호 또는 수가코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다.

3 위 1에 불구하고 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여판정이 변경되더라도 1.(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. (보험금 등 청구시 구비서류)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (입원증명서(수가코드 분류에 따른 입원기간 기입), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1의 ②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

17-4 상해입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 '의료최고도' 환자로 1일 이상 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

2 위 1의 상해입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 요양병원을 이전하여 입원한 경우를

포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

2 1.(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1 및 1.(보험금의 지급사유)에 따라 상해입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)을 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 피보험자가 요양병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 5.("요양병원"의 정의)의 요양병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1.(보험금의 지급사유)에 따라 상해입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

5 피보험자가 5.("요양병원"의 정의)의 요양병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 요양병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1.(보험금의 지급사유)에 따라 상해입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

6 피보험자가 3.("의료최고도"의 정의)의 "의료최고도" 환자로서 입원하여 치료를 받던 중 "의료최고도" 환자 외에 다른 분류의 환자로서 입원하여 치료를 받거나 분류 미적용 환자로서 입원하여 치료를 받는 경우 "의료최고도" 환자로서 입원한 날까지 상해입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

7 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("의료최고도"의 정의)

1 이 특별약관에서 "의료최고도"라 함은 요양병원 입원환자 분류체계에 따라 【별표 101】 요양병원 입원환자(의료최고도)분류표 참조) "수가코드"를 부여받고 "의료최고도"로 분류된 환자를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 위 1에 불구하고 이 특별약관은 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정에 따라 분류번호 또는 수가코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다.

3 위 1에 불구하고 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여판정이 변경되더라도 1.(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.

자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. (보험금 등 청구시 구비서류)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (입원증명서(수가코드 분류에 따른 입원기간 기입), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1의 ②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

18 | 상해후유장해(3~100%)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 「장해분류표」(【별표1】장해분류표 참조)에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 상해후유장해(3~100%)보험금으로 지급합니다.

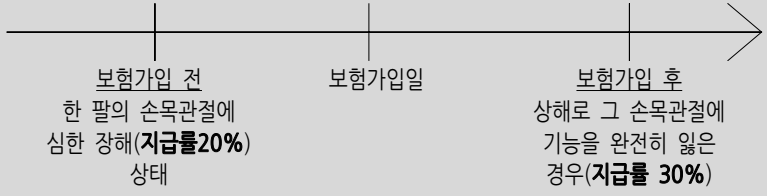
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】장해분류표 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
2 위 1에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일로부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
4 보험수익자와 회사가 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.
5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 6에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
보장개시 이전의 원인에 의한 후유장해 또는 그 이전에 발생한 후유장해는 위의 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않는 후유장해로 봅니다.
8 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 상해후유장해(3~100%)보험금은 상해후유장해(3~100%) 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

예시

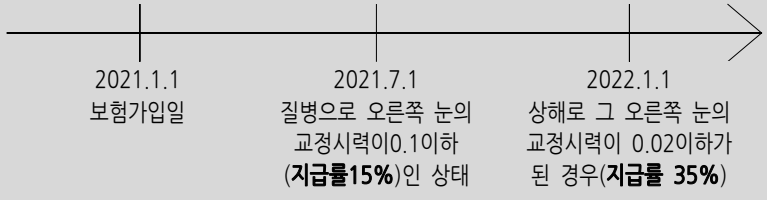
보험금 지급 예시

①



→ 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 **10%(=30%-20%)**에 해당하는 후유장해보험금을 지급

②



→ 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 뺀 **20%(=35% - 15%)**에 해당하는 후유장해보험금을 지급

3. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

4. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

19 | 상해수술비(특정경증상해제외)(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해사고(특정경증상해제외)의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 지급합니다.
2 위 1의 「특정경증상해」란 치아의 파절,치아의 탈구를 말합니다.
(【별표92】 특정경증상해 분류표 참조)
3 위 1의 상해수술비는 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생하거나 또는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산
② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성

장촉진과 관련된 수술
③ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
⑥ 치아의 파절 (S02.5), 치아의 탈구(S03.2)
(【별표92】 특정경증상해 분류표 참조)

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
(예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중

도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

20 | 척추상해수술비(관혈/비관혈)(연간1회한,동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해사고의 직접결과로써 척추상해 분류표【별표57】척추상해 분류표 참조)에서 정한 척추상해로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 관혈수술, 비관혈수술을 각각 연간1회 한도로 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
척추상해수술시	보험계약일로부터 1년 미만	관혈수술시 가입금액의 50% 비관혈수술시 가입금액의 25%
	보험계약일로부터 1년 이상	관혈수술시 가입금액의 100% 비관혈수술시 가입금액의 50%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
척추상해수술시	관혈수술시 가입금액의 100% 비관혈수술시 가입금액의 50%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

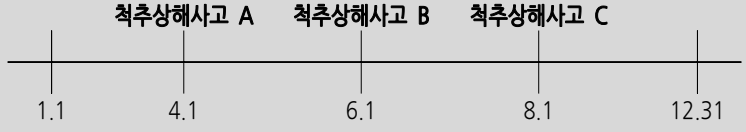
3 위 1의 척추상해수술비는 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 척추상해수술비만 지급합니다.

4 위 3에서 동일한 상해사고를 직접원인으로 관혈수술과 비관혈수술을 각각 받은 경우에는 관혈수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 비관혈수술비를 먼저 지급한 때에는 관혈수술비에서 이미 지급한 비관혈수술비를 차감하고 지급합니다. 단, 관혈수술이 연간 1회 한도를 초과하는 경우에는 비관혈수술비를 지급하며, 비관혈수술도 연간 1회한도를 초과하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

보험 지식

척추상해수술비(관혈/비관혈)(연간1회한,동일사고당1회지급) 보장 예시

가입예시 • 최초계약의 계약일 : 2017년 1월 1일
• 연간 : 매년 1월 1일부터 12월 31일



(사례1) 1. (보험금의 지급사유) 3, 4의 보상 예시

상해사고 **A를 원인**으로 **관혈수술 4.15일, 비관혈수술 4.30일 시행시**
→ **A** 사고 **관혈수술 4.15일 : 지급,** 비관혈수술 4.30일 : 부지급

(사례2) 1. (보험금의 지급사유) 3, 4의 보상 예시

상해사고 **A를 원인**으로 **관혈수술 4.15일, 비관혈수술 4.30일 시행시**
상해사고 **B를 원인**으로 **관혈수술 6.15일, 비관혈수술 6.30일 시행시**
상해사고 **C를 원인**으로 **관혈수술 8.15일, 비관혈수술 8.30일 시행시**

→ **A** 사고 **관혈수술 4.15일 : 지급,** 비관혈수술 4.30일 : **부지급**
B 사고 관혈수술 6.15일 : 부지급, **비관혈수술 6.30일 : 지급**
C 사고 관혈수술 8.15일 : 부지급, 비관혈수술 8,30일 부지급

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정

하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생하거나 또는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 1. (보험금의 지급사유)의 "비관혈수술"이라 함은 "내시경수술", "카테터수술", "신의료수술"을 말합니다.
① "내시경수술"이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 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, 질병의 직접치료를 목적으로 하는 "치료적 방사선 조사"를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 "도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입"과 "중심정맥관 삽입술"은 제외합니다.

3 1. (보험금의 지급사유)의 "관혈수술"이라 함은 위 2의 "비관혈수술" 이외의 수술 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

4 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

5 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

21 | 창상봉합술치료비(안면부,1일1회한,연간3회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해사고의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 "급여 안면부창상봉합술(3cm이상)"를 받은 경우 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 안면부창상봉합술(3cm이상) 치료비로 지급합니다.
2 위 1의 안면부창상봉합술(3cm이상)치료비는 연간 3회한도로 보장합니다.
3 위 2의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

용어 풀이

안면부

이마를 포함하여 경부(목)까지의 얼굴부분을 말합니다

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("급여 안면부창상봉합술(3cm이상)"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "급여 안면부창상봉합술(3cm이상)" 이라 함은 상해의 직접결과로써, "창상봉합술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "창상봉합술"이라 함은 「급여 안면부창상봉합술(3cm이상 또는 근육에 달하는 것) 대상 수가코드」(【별표59】 급여 안면부창상봉합술(3cm이상 또는 근육에 달하는 것) 대상 수가코드 참조. 이하 같습니다)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.
2 위 1에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 "급여 안면부창상봉합술(3cm이상)"의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
3 위 2에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 급여 안면부창상봉합술(3cm이상) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
4 위 1의 "급여 안면부창상봉합술(3cm이상)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

4. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서 : 진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진료기록부 등
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류
2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

22 | 창상봉합술치료비(1일1회한,연간3회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간중에 상해사고의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 "급여 창상봉합술"을 받은 경우 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 창상봉합술 치료비로 지급합니다.
2 위 1의 창상봉합술 치료비는 연간 3회한도로 보장합니다.
3 위 2의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

구 분	창상봉합술(안면 또는 경부)	창상봉합술(안면과 경부 이외)
지급기준	3cm이상 또는 근육에 달하는 것	5cm이상 또는 근육에 달하는 것

용어 풀이

안면부

이마를 포함하여 경부(목)까지의 얼굴부분을 말합니다

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("급여 창상봉합술"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "급여 창상봉합술" 이라 함은 상해의 직접결과로써, "창상봉합술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "창상봉합술"이라 함은 「급여 창상봉합술 대상 수가코드」(【별표60】급여 창상봉합술 대상 수가코드 참조. 이하 같습니다)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의

진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

2 위 1에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 "급여 창상봉합술"의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 급여 창상봉합술 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

4 위 1의 "급여 창상봉합술"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

4. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서 : 진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진료기록부 등

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

23 | 중증화상 산정특례대상 진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해로 인하여 3. ("중증화상 산정특례대상"의 정의)에서 정한 중증화상 산정특례대상으로 보험기간 중에 신규등록된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 중증화상 산정특례대상 진단비로 지급합니다.

2 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 상해의 진단확정일로 적용합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)에 따라 중증화상 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
3 중증화상 산정특례대상 재등록은 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않습니다.

보험 지식

중증화상 산정특례 재등록

법령에서 정한 중증화상 산정특례기간(**1년**) 종료 후 2년이내에 **〈중증화상〉**의 수술을 받는 경우(V306 제외)에는 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.

3. ("중증화상 산정특례대상"의 정의)

1 이 특별약관에서 "중증화상 산정특례대상"이라 함은 「중증화상 산정특례대상 분류표」(【별표65】중증화상 산정특례대상 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 중증화상으로 진료를 받아 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.
2 위 1에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증화상 산정특례대상 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 1. (보험금의 지급사유) 1의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

용어 풀이

본인일부부담금 산정특례제도

진료비 본인부담이 높은 암 등 중증질환자와 희귀질환자, 중증치매가 외래 또는 입원치료에 대하여 본인부담률을 경감해주는 제도

관련근거
- 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담)
- 국민건강보험법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2
- 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)

보험 지식

중증화상 산정특례 등록신청 절차

"중증화상산정특례 대상"에 해당하여 의사가 중증화상으로 확진한 경우 「건강보험 산정특례 등록 신청서」를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

4. (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 등록하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
2 위 1에도 불구하고 아래 사항 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 "중증화상 산정특례대상"와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있습니다.
① 법령의 개정 또는 폐지 등으로 "중증화상 산정특례대상"이 변경되는 경우
② 법령의 개정 또는 폐지 등으로 "중증화상 산정특례대상"에 따른 "중증화상 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
③ 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

보험 지식

예시)

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 관한 제도의 변경으로 산정특례대상의 구분이 세분화하거나, 통폐합하는 경우 등

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
4 위 2에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하며, 해당 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
5 위 4에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 위 2에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
7 위 2에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 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.
8 회사는 계약체결시 계약자에게 위 2에 따라 계약이 변경되는 경우와 관련된 위 6 및 위 7의 사항을 계약자에게 안내합니다.
9 회사는 위 2에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료 산출 기초율을 재산출할 수 있으며, 계약내용 변경일로부터 재산출된 보험료산출 기초율을 적용합니다. 이 경우 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있습니다.
10 위 2 내지 7에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비세부내역서, 진료비계산서(산정특례 적용 영수증) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류
2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 중증화상 산정특례대상 진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

24 | 중증외상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해로 인하여 3. ("중증외상환자 산정특례대상"의 정의)에서 정한 중증외상환자 산정특례대상으로 보험기간 중에 등록된 경우 연간1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 중증외상환자 산정특례대상 진단비로 지급합니다.
2 위 1에도 불구하고 상해로 "중증외상환자 산정특례대상"으로 여러번 등록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.
3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.
4 지급 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하

여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)을 확인한 후 해당 상해로 권역외상센터에 입원한 입원 첫날을 진단확정일로 적용합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)에 따라 중증외상환자 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 적용사실이 등록되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

3. ("중증외상환자 산정특례대상"의 정의)

1 이 특별약관에서 "중증외상환자 산정특례대상"이라 함은 「중증외상환자 산정특례대상 분류표」(【별표66】중증외상환자 산정특례대상 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 경우에 해당하여 진료를 받아 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.

2 위 1에도 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 1. (보험금의 지급사유) 1의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

용어 풀이

본인일부부담금 산정특례제도

진료비 본인부담이 높은 암 등 중증질환자와 희귀질환자, 중증치매가 외래 또는 입원치료에 대하여 본인부담률을 경감해주는 제도

관련근거

- 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담)
- 국민건강보험법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2
- 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)

보험 지식

중증외상환자 산정특례 적용기간

중증외상환자는 손상중증도점수가 측정된 진료기간의 최초 내원일로부터 최대 30일간 산정특례를 적용

보험 지식

중증외상환자 산정특례가 적용되는 기관

보건복지부에서 지정한 권역외상센터에서 대하여 중증외상환자 산정특례를 적용

4. (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 등록하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 아래 사항 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 "중증외상환자 산정특례대상"와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있습니다.

① 법령의 개정 또는 폐지 등으로 "중증외상환자 산정특례대상"이 변경되는 경우
② 법령의 개정 또는 폐지 등으로 "중증외상환자 산정특례대상"에 따른 "중증외상환자 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
③ 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

보험 지식

예시)

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 관한 제도의 변경으로 산정특례대상의 구분이 세분화하거나, 통폐합하는 경우 등

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및

미경과보험료를 지급하며, 해당 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

5 위 4에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 위 2에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

7 위 2에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 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.

8 회사는 계약체결시 계약자에게 위 2에 따라 계약이 변경되는 경우와 관련된 위 6 및 위 7의 사항을 계약자에게 안내합니다.

9 회사는 위 2에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료 산출 기초율을 재산출할 수 있으며, 계약내용 변경일로부터 재산출된 보험료산출 기초율을 적용합니다. 이 경우 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있습니다.

10 위 2 내지 7에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비세부내역서, 진료비계산서(산정특례 적용 영수증) 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

25 | 상해후유장해(20~100%)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 「장해분류표」(【별표1】장해분류표 참조)에서 정한 장해지급률이 20~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 상해후유장해(20~100%)보험금으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(『별표 1』장해분류표 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

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

4 보험수익자와 회사가 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.

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

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

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 6에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

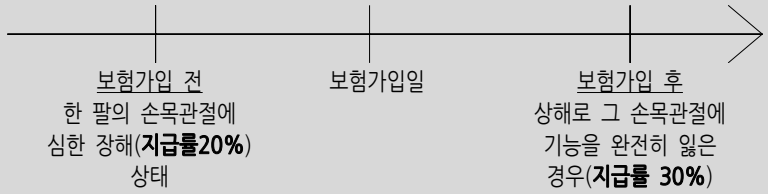
보장개시 이전의 원인에 의한 후유장해 또는 그 이전에 발생한 후유장해는 위의 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않는 후유장해로 봅니다.

8 회사가 지급하여야 할 동일한 질병으로 인한 상해후유장해(20~100%)보험금은 상해후유장해(20~100%) 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

예시

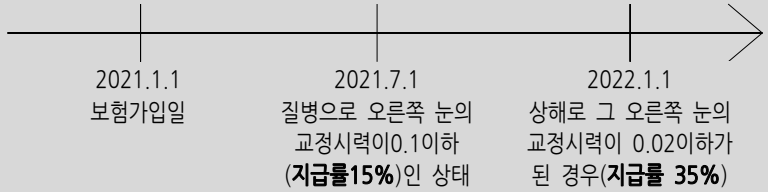
보험금 지급 예시

①



→ 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 **10%(=30%-20%)**에 해당하는 후유장해보험금을 지급

②



→ 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 뺀 **20%(=35% - 15%)**에 해당하는 후유장해보험금을 지급

3. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

4. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

26 | 상급종합병원 1인실(특실포함) 상해입원일당(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

[1] 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 1인실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 1인실 상해입원일당(1일이상30일한도)으로 지급합니다.

[2] 위 [1]의 '1인실'은 '특실' 병실도 포함합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

[1] 1. (보험금의 지급사유)의 상급종합병원 1인실 상해입원일당(1일이상30일한도) 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원의 1인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

[2] 1. (보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 1인실에 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 다른 상급종합병원으로 이전하여 1인실에 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 1인실 입원일수를 합산하여 위 [1]을 적용합니다.

[3] 1. (보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 [1], [2] 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 1인실 상해입원일당(1일이상30일한도)을 보장합니다.

[4] 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 상급종합병원 1인실 상해입원일당(1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

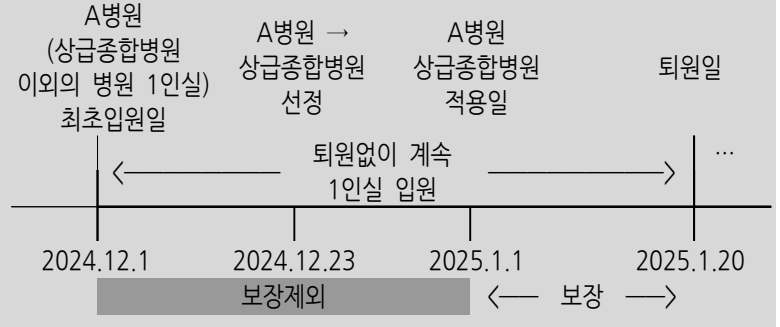
[5] 피보험자가 상급종합병원 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 4. ("상급종합병원"의 정의)에 해당하는 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 1인실 상해입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

[6] 피보험자가 4. ("상급종합병원"의 정의)에 해당하는 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 1인실 상해입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

[7] 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 4. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우 상급종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

예시

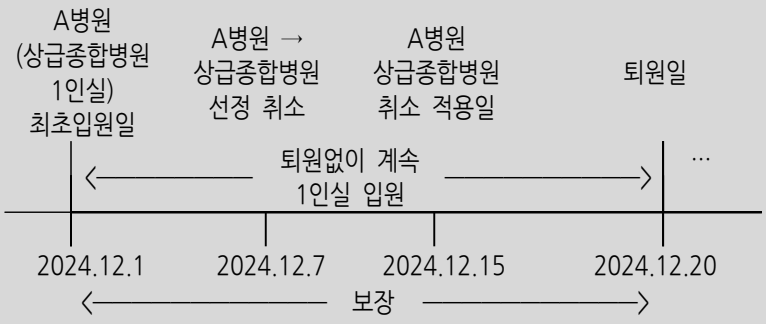
상급종합병원 이외의 병원 1인실 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 보장예시



[8] 피보험자가 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 4. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 [1], [2] 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 1인실 상해입원일당(1일이상30일한도)을 보장합니다.

예시

상급종합병원 1인실 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 보장예시



9 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

4. ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

5. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 4. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원개시일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 입원"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 4. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

27 | 종합병원 1인실(특실포함) 상해입원일당(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 1인실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 1인실 상해입원일당(1일이상30일한도)으로 지급합니다.
2 위 1의 '1인실'은 '특실' 병실도 포함합니다.

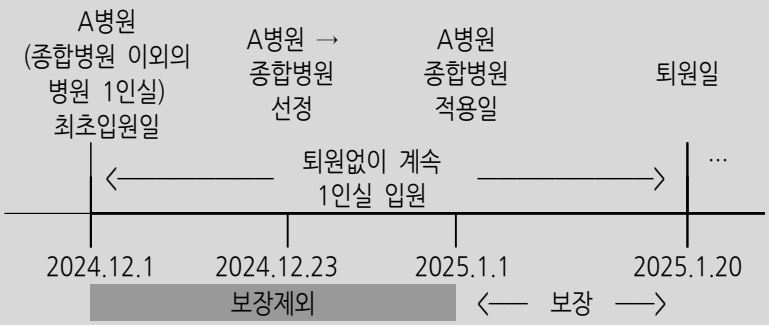
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 종합병원 1인실 상해입원일당(1일이상30일한도) 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 종합병원의 1인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.
2 1. (보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 1인실에 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 다른 종합병원으로 이전하여 1인실에 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 1인실 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.
3 1. (보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 1인실 상해입원일당(1일이상30일한도)을 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 종합병원 1인실 상해입원일당(1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 피보험자가 종합병원 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 4. ("종합병원"의 정의)에 해당하는 종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 1인실 상해입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.
6 피보험자가 4. ("종합병원"의 정의)에 해당하는 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 1인실 상해입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

7 피보험자가 종합병원 이외의 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 4. (“종합병원”의 정의)의 종합병원에 해당하는 경우 종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

예시

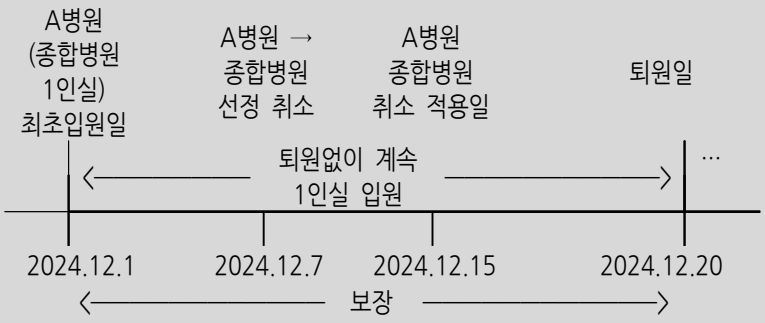
종합병원 이외의 병원 1인실 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우 보장예시



8 피보험자가 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 4. (“종합병원”의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 1인실 상해입원일당(1일이상30일한도)을 보장합니다.

예시

종합병원 1인실 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우 보장예시



9 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

4. (“종합병원”의 정의)

“종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

5. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 4. (“종합병원”의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원개시일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 “종합병원 입원”과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도가 폐지되는 경우

② 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도의 변경으로 4. (“종합병원”의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

28 | 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 “요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원”을 제외한 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 181일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 181일째 입원일로부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)으로 지급합니다.

2 1의 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상) 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)에서 지급일수는 "요양병원“, ”정신병원“ 및 ”한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 180일을 초과하여 입원한 날만을 기준으로 합니다.

2 1. (보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원(“요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원” 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 적용합니다.

3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기

간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.
4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
5 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("입원"의 정의와 장소)

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

4. ("요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"의 정의)

1 이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "정신병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 정신병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 정신병원을 말합니다.
3 이 특별약관에서 "한방병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원을 말합니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

29 | 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 1일당 8시간 이상 6.(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 1일당 8시간 이상 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)으로 지급합니다.
2 위 1의 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도 내에서 산정합니다.
3 위 1의 간병인의 사용은 1일을 기준으로 하며 간병인을 사용한 시점을 기준으로 매24시간을 1일로 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 8시간이상 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하나, 8시간미만으로 사용한 경우에는 그러하지 않습니다.

예시

간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(1일당 8시간이상) 지급예시1)(가입금액 5만원 기준)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 10월 1일
- 입원기간 : 2025년 11월 1일 ~ 2025년 11월 30일
- 간병인 사용기간 :
  2025년 11월 15일 오후 8시 ~ 2025년 11월 18일 오전 11시

1일기준	2025년 11월		
	15일 오후8시~ 16일 오후8시이전	16일 오후8시~ 17일 오후8시이전	17일 오후8시~ 18일 오후8시이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	15시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	O

=> 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(1일당 8시간이상)
: 5만원 × 3일 = 15만원

지급예시2)(가입금액 5만원 기준)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 10월 1일
- 입원기간 : 2025년 11월 1일 ~ 2025년 11월 30일
- 간병인 사용기간 :
  2025년 11월 15일 오전 9시 ~ 2025년 11월 17일 오후 3시

1일기준	2025년 11월		
	15일 오전9시~ 16일 오전9시이전	16일 오전9시~ 17일 오전9시이전	17일 오전9시~ 18일 오전9시이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	6시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

- 11월 17일 오전9시부터 18일 오전9시이전 기준의 경우 간병인 사용시간이 6시간으로 8시간 이상을 충족하지 않음 → 보험금을 지급하지 않음

=> 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(1일당 8시간이상)
: 5만원 × 2일 = 10만원

지급예시3)(가입금액 5만원 기준)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일
- 입원기간 : 2025년 5월 1일 ~ 2025년 11월 30일
- 간병인 사용기간 :
  2025년 10월 26일 오후 9시 ~ 2025년 10월 29일 오전 8시

1일기준	2025년 10월		
	26일 오후9시~ 27일 오후9시이전	27일 오후9시~ 28일 오후9시이전	28일 오후9시~ 29일 오후9시이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	11시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

- 10월 27일이 180일째 입원일, 10월 28일이 181일째 입원일
  → 10월28일부터 180일한도 초과로 보험금을 지급하지 않음
- 10월 27일은 180일째 입원일로 27일 오후 9시부터 24시간이내 8시간 이상 간병인 사용시→ 보험금을 지급함

=> 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(1일당 8시간이상)
: 5만원 × 2일 = 10만원

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원(요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1.(보험금의 지급사유) ①을 적용합니다.

② 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

③ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)

의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 1.(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

2 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호 · 간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)은 지급하지 않습니다.

3 1.(보험금의 지급사유)에 따라 6.(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에도 1일당 8시간 미만으로 간병인을 사용한 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.

자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("요양병원"의 정의)

"요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

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

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 6.(간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을

사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다

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

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

⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가서류를 요청할 수 있습니다.

⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

30 | 간병인사용상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 6. (간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

2 1의 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도 내에서 산정합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 요양병원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1. (보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

2 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 1. (보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

5 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

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

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (“요양병원”의 정의)

“요양병원”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 “직업안정법”상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 6. (간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다
  나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
⑤ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.
⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.
⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

31 | 간병인사용상해입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당8시간이상)(181일이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 "요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"을 제외한 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 181일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 1일당 8시간 이상 6.(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 1일당 8시간 이상 사용한 날에 대하여 181일째 입원일로부터 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용상해입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당8시간이상)(181일이상)으로 지급합니다.

② 위 ①의 간병인사용상해입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당8시간이상)(181일이상)의 지급일수는 1회 입원당 185일 한도 내에서 산정합니다.

③ 위 ①의 간병인의 사용은 1일을 기준으로 하며 간병인을 사용한 시점을 기준으로 매24시간을 1일로 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 8시간이상 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하나, 8시간미만으로 사용한 경우에는 그러하지 않습니다. 단, 181일째 입원일에 이전에 간병인을 사용하여 181일째 입원일이후 까지 간병인을 사용한 경우 181일째 입원일을 간병인을 사용한 시점으로 봅니다.

예시

간병인사용상해입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당 8시간이상)(181일이상)

지급예시1)(가입금액 5만원 기준)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일
- 입원기간 : 2025년 5월 1일 ~ 2025년 11월 30일
- 간병인 사용기간 :
  2025년 5월 1일 오후 8시 ~ 2025년 10월 31일 오전 7시

1일기준	2025년 10월			
	28일	29일	30일	31일
간병인 사용시간	24시간	24시간	24시간	7시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	O	X

- 10월 28일이 181일째 입원일이므로 10월 28일부터 보장
- 10월 31일의 경우 간병인 사용시간이 7시간으로 8시간 이상을 충족하지 않음 → 보험금을 지급하지 않음

=> 간병인사용상해입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당 8시간이상)(181일이상)
: 5만원 × 3일 = 15만원

지급예시2)(가입금액 5만원 기준)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일
- 입원기간 : 2025년 5월 1일 ~ 2025년 11월 30일
- 간병인 사용기간 :
  2025년 11월 15일 오전 9시 ~ 2025년 11월 17일 오후 3시

1일기준	2025년 11월		
	15일 오전9시~	16일 오전9시~	17일 오전9시~

	16일 오전9시이전	17일 오전9시이전	18일 오전9시이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	6시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

- 10월 28일이 181일째 입원일이므로 10월 28일부터 보장가능
- 11월 17일 오전9시부터 18일 오전9시이전 기준의 경우 간병인 사용시간이 6시간으로 8시간 이상을 충족하지 않음 → 보험금을 지급하지 않음

=> 간병인사용상해입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당 8시간이상)(181일이상)
: 5만원 × 2일 = 10만원

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원(“요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원” 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1.(보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

2 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용상해입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당8시간이상)(181일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 1.(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 병원(“요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원” 제외) 또는 의원에 입원하던 중 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

2 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호 · 간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 간병인사용상해입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당8시간이상)(181일이상)은 지급하지 않습니다.

3 1.(보험금의 지급사유)에 따라 6.(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에도 1일당 8시간 미만으로 간병인을 사용한 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (“요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원”의 정의)

1 이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "정신병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 정신병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 정신병원을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "한방병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원을 말합니다.

6. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개

인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 6.(간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다

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

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

⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

32 | 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 5. (간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스(이하, 서비스라고 합니다)를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

2 1의 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도 내에서 산정합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1. (보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

2 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 1. (보험금의 지급사유)에서 지급일수는 서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

5 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

4. ("요양병원"의 정의)

"요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 요양병원을 말합니다.

5. (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 "간호·간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

인용문구

의료법 제4조의 2(간호·간병통합서비스 제공 등)

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원 인력(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」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.
⑤ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하

고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호 · 간병통합서비스의 제공 · 확대, 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

6. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
단, 5. (간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 위의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

33 | 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 "요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"을 제외한 병원에 181일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 5. (간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스(이하, 서비스라고 합니다)를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 181일째 입원일로부터 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)으로 지급합니다.

2 1의 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)의 지급일수는 1회 입원당 185일 한도 내에서 산정합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원("요양병원", "정신병원" 및 "한방병원" 제외)을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1. (보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

2 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)

의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
4 1. (보험금의 지급사유)에서 지급일수는 병원(“요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원” 제외)에 입원하던 중 서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
5 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

4. (“요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원”의 정의)

1 이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "정신병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 정신병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 정신병원을 말합니다.
3 이 특별약관에서 "한방병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원을 말합니다.

5. (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 "간호·간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

인용 문구

의료법 제4조의 2(간호·간병통합서비스 제공 등)

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원 인력(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」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.
⑤ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호 · 간병통합서비스의 제공 · 확대, 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.
※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

6. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
단, 5. (간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 위의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

34 | 간병인사용 상해입원지원비 (간병인비용연간300만원이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

이 특별약관은 다음의 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

34-1. 간병인사용 상해입원지원비(요양병원제외) (간병인비용연간300만원이상)(맞춤간편고지)
34-2. 간병인사용 상해입원지원비(요양병원) (간병인비용연간300만원이상)(맞춤간편고지)

34-1 간병인사용 상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간300만원이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 7. (간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용하고 "연간 간병인 사용금액 총액"이 300만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 다음과 같이 간병인사용 상해입원지원비(요양병원제외)를 지급합니다

연간 간병인 사용금액 총액	지급금액
300만원 이상 500만원 미만	보험가입금액의 15%
500만원 이상 700만원 미만	보험가입금액의 25%
700만원 이상 1,000만원 미만	보험가입금액의 35%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	보험가입금액의 50%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	보험가입금액의 75%
2,000만원 이상	보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 3. ("연간 간병인 사용금액 총액" 의 정의)에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 "연간 간병인 사용금액 총액"을 기준으로 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원지원비(요양병원제외)를 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 "연간 간병인 사

용금액 총액"이 변경되어 1. (보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 1. (보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

2 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원(요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 "연간 간병인 사용금액 총액"을 적용합니다.

3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원지원비(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.

5 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("연간 간병인 사용금액 총액" 의 정의)

1 이 특별약관에서 "연간 간병인 사용금액 총액"이라 함은 해당 상해의 진료를 위하여 병원 또는 의원에 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 간병인 사용금액을 합산한 금액을 말하며 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

2 위 1의 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 하며, 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.

연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시

예시

예시1)

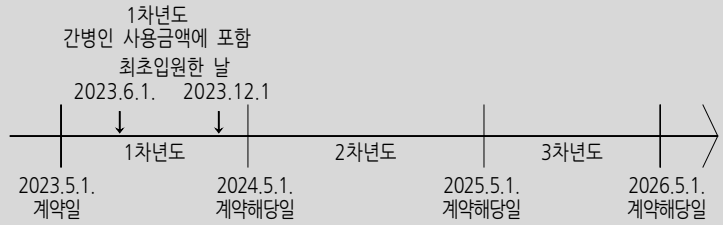
구분	입원기간	실제 간병인 사용일 및 사용금액
A상해	2023년 6월 1일 ~ 6월30일 (30일)	2023년 6월 11일 ~ 6월 17일 (사용일수 7일, 사용금액 70만원)
B상해	2023년 12월 1일 ~ 12월 30일 (30일)	2023년 12월 4일 ~ 12월 13일 (사용일수 10일, 사용금액 300만원)

-. (A상해) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용
(10만원 × 7일 = 70만원)

-. (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 한도로 적용
(25만원 × 10일 = 250만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 70만원 + (B상해) 250만원 = 320만원

=> 보험가입금액의 15% 지급, 1차년도 지급금액 : 30만원



예시2)

구분	입원기간	실제 간병인 사용일 및 사용금액
A상해	2024년 4월 20일 ~ 5월 19일 (30일)	2024년 4월 25일 ~ 5월 14일 (사용일수 20일, 사용금액 400만원)
B상해	2024년 11월 20일 ~ 12월 19일 (30일)	2024년 11월 25일 ~ 12월 14일 (사용일수 20일, 사용금액 600만원)

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함

-. (A상해) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용
(20만원 × 20일 = 400만원)

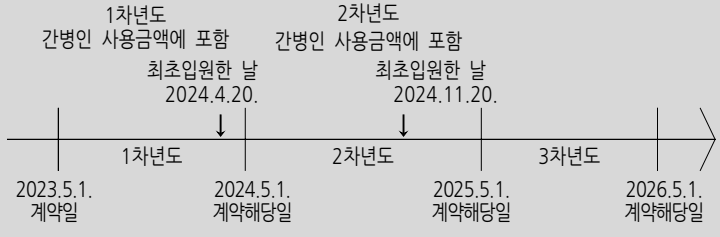
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 400만원

=> 보험가입금액의 15% 지급, 1차년도 지급금액 : 30만원

-. (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 한도로 적용
(25만원 × 20일 = 500만원)

→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B상해) 500만원

=> 보험가입금액의 25% 지급, 2차년도 지급금액 : 50만원



4. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

2 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원지원비(요양병원제외)는 지급하지 않습니다.

5. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

6. ("요양병원"의 정의)

"요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 요양병원을 말합니다.

7. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

8. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 7. (간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
  나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
⑤ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.
⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가서류를 요청할 수 있습니다.
⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

34-2 간병인사용 상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간300만원이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 7. (간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용하고 "연간 간병인 사용금액 총액"이 300만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 다음과 같이 간병인사용 상해입원지원비(요양병원)를 지급합니다

연간 간병인 사용금액 총액	지급금액
300만원 이상 500만원 미만	보험가입금액의 15%
500만원 이상 700만원 미만	보험가입금액의 25%
700만원 이상 1,000만원 미만	보험가입금액의 35%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	보험가입금액의 50%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	보험가입금액의 75%
2,000만원 이상	보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기

간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 3. (“연간 간병인 사용금액 총액” 의 정의)에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 “연간 간병인 사용금액 총액”을 기준으로 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원지원비(요양병원)를 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 “연간 간병인 사용금액 총액”이 변경되어 1. (보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 1. (보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

2 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 요양병원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 “연간 간병인 사용금액 총액”을 적용합니다.

3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원지원비(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.

5 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (“연간 간병인 사용금액 총액” 의 정의)

1 이 특별약관에서 “연간 간병인 사용금액 총액”이라 함은 해당 상해의 진료를 위하여 병원 또는 의원에 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 간병인 사용금액을 합산한 금액을 말하며 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

2 위 1의 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 하며, 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.

예시

연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시

예시1)

구분	입원기간	실제 간병인 사용일 및 사용금액
A상해	2023년 6월 1일 ~ 6월30일 (30일)	2023년 6월 11일 ~ 6월 17일 (사용일수 7일, 사용금액 70만원)
B상해	2023년 12월 1일 ~ 12월 30일 (30일)	2023년 12월 4일 ~ 12월 13일 (사용일수 10일, 사용금액 300만원)

-. (A상해) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용
(10만원 × 7일 = 70만원)

-. (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 한도로 적용
(25만원 × 10일 = 250만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 70만원 + (B상해) 250만원 = 320만원

=> 보험가입금액의 15% 지급, 1차년도 지급금액 : 30만원

예시2)

구분	입원기간	실제 간병인 사용일 및 사용금액
A상해	2024년 4월 20일 ~ 5월 19일 (30일)	2024년 4월 25일 ~ 5월 14일 (사용일수 20일, 사용금액 400만원)
B상해	2024년 11월 20일 ~ 12월 19일 (30일)	2024년 11월 25일 ~ 12월 14일 (사용일수 20일, 사용금액 600만원)

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함

-. (A상해) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용
(20만원 × 20일 = 400만원)

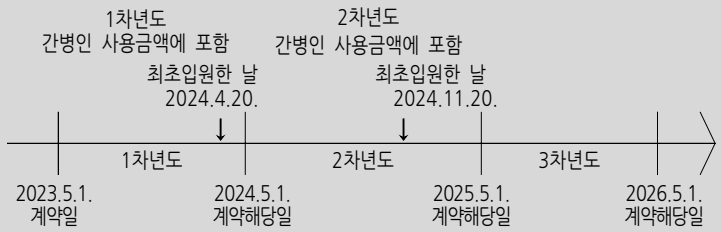
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 400만원

=> 보험가입금액의 15% 지급, 1차년도 지급금액 : 30만원

-. (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 한도로 적용
(25만원 × 20일 = 500만원)

→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B상해) 500만원

=> 보험가입금액의 25% 지급, 2차년도 지급금액 : 50만원



4. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

2 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원지원비(요양병원)는 지급하지 않습니다.

5. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

6. ("요양병원"의 정의)

"요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 요양병원을 말합니다.

7. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

8. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 7. (간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

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

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

⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가서류를 요청할 수 있습니다.

⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

35 | 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 1일당 8시간 이상 6.(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 1일당 8시간 이상 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관에 따라 다음의 금액을 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(체증형)(1 일당8시간이상)(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
간병인사용 상해입원일당 (요양병원제외) (체증형) (1일당8시간이상) (1일이상180일한도)	보험계약일로부터 5년미만	보험가입금액의 100%
	보험계약일로부터 5년이상 10년미만	보험가입금액의 120%
	보험계약일로부터 10년이상 15년미만	보험가입금액의 150%
	보험계약일로부터 15년이상 20년미만	보험가입금액의 180%
	보험계약일로부터 20년이상	보험가입금액의 200%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
간병인사용상해입원일당 (요양병원제외)(체증형) (1일당8시간이상) (1일이상180일한도)	보험가입금액의 200%

2 위 1의 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도 내에서 산정합니다.

3 위 1의 간병인의 사용은 1일을 기준으로 하며 간병인을 사용한 시점을 기준으로 매24시간을 1일로 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 8시간이상 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하나, 8시간미만으로 사용한 경우에는 그러하지 않습니다.

예시

간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당 8시간이상)
지급예시1)(가입금액 5만원 기준)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 10월 1일
- 입원기간 : 2025년 11월 1일 ~ 2025년 11월 30일
- 간병인 사용기간 :
  2025년 11월 15일 오후 8시 ~ 2025년 11월 18일 오전 11시

1일기준	2025년 11월		
	15일 오후8시~ 16일 오후8시이전	16일 오후8시~ 17일 오후8시이전	17일 오후8시~ 18일 오후8시이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	15시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	O

=> 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당 8시간이상) : 5만원 x 3일 = 15만원

지급예시2)(가입금액 5만원 기준)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 10월 1일
- 입원기간 : 2025년 11월 1일 ~ 2025년 11월 30일
- 간병인 사용기간 :
  2025년 11월 15일 오전 9시 ~ 2025년 11월 17일 오후 3시

1일기준	2025년 11월		
	15일 오전9시~ 16일 오전9시이전	16일 오전9시~ 17일 오전9시이전	17일 오전9시~ 18일 오전9시이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	6시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

- 11월 17일 오전9시부터 18일 오전9시이전 기준의 경우 간병인 사용시간이 6시간으로 8시간 이상을 충족하지 않음 → 보험금을 지급하지 않음

=> 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당 8시간이상) : 5만원 × 2일 = 10만원

지급예시3)(가입금액 5만원 기준)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일
- 입원기간 : 2025년 5월 1일 ~ 2025년 11월 30일
- 간병인 사용기간 :
  2025년 10월 26일 오후 9시 ~ 2025년 10월 29일 오전 8시

1일기준	2025년 10월		
	26일 오후9시~ 27일 오후9시이전	27일 오후9시~ 28일 오후9시이전	28일 오후9시~ 29일 오후9시이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	11시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

- 10월 27일이 180일째 입원일, 10월 28일이 181일째 입원일
  → 10월28일부터 180일한도 초과로 보험금을 지급하지 않음
- 10월 27일은 180일째 입원일로 27일 오후 9시부터 24시간이내 8시간 이상 간병인 사용시→ 보험금을 지급함

=> 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당 8시간이상) : 5만원 × 2일 = 10만원

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원(요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1.(보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

2 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 1.(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

5 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5.(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

2 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)은 지급하지 않습니다.

3 1.(보험금의 지급사유)에 따라 6.(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에도 1일당 8시간 미만으로 간병인을 사용한 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (“요양병원”의 정의)

“요양병원”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 “직업안정법”상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

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

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 6.(간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다
  나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
⑤ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.
⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가서류를 요청할 수 있습니다.
⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동

갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

36 | 간병인사용상해입원일당(요양병원)(체증형)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 6. (간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관에 따라 다음의 금액을 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)	보험계약일로부터 5년미만	보험가입금액의 100%
	보험계약일로부터 5년이상 10년미만	보험가입금액의 120%
	보험계약일로부터 10년이상 15년미만	보험가입금액의 150%
	보험계약일로부터 15년이상 20년미만	보험가입금액의 180%
	보험계약일로부터 20년이상	보험가입금액의 200%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)	보험가입금액의 200%

2 1의 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도 내에서 산정합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 요양병원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1. (보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

2 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 상해입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 1. (보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

5 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

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

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (“요양병원”의 정의)

“요양병원”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 “직업안정법”상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 6. (간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다
  나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
⑤ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.
⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.
⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

37 | 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(체증형)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 5. (간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스(이하, 서비스라고 합니다)를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에서 정한 금액을 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
간호·간병통합서비스사용 상해입원일당 (1일이상180일한도)	보험계약일로부터 5년미만	보험가입금액의 100%
	보험계약일로부터 5년이상 10년미만	보험가입금액의 120%
	보험계약일로부터 10년이상 15년미만	보험가입금액의 150%
	보험계약일로부터 15년이상 20년미만	보험가입금액의 180%
	보험계약일로부터 20년이상	보험가입금액의 200%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
간호·간병통합서비스사용 상해입원일당 (1일이상180일한도)	보험가입금액의 200%

2 1의 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도 내에서 산정합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1. (보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

2 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 상해입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 1. (보험금의 지급사유)에서 지급일수는 서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용

일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

5 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.

자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

4. ("요양병원"의 정의)

"요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

5. (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 "간호·간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

인용 문구

의료법 제4조의 2(간호·간병통합서비스 제공 등)

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원 인력(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」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.

⑤ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호 · 간병통합서비스의 제공 · 확대, 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

6. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
단, 5. (간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 위의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸

됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

38 | 상급종합병원 상해수술비(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지) (비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 상해사고의 직접결과로써 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 지급합니다.

2 위 1의 상해수술비는 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)로 보험금 지급사유가 발생하거나 또는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산

② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내,체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

③ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 ‘여성형 유방증’을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

④ 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)

⑤ 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

4. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의

원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
(예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 수술일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 수술"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계

약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

39 | 상급종합병원 2,3인실 상해입원일당(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 2~3인실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상급종합병원 2~3인실 상해입원일당(1일이상30일한도)으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 상급종합병원 2~3인실 상해입원일당(1일이상30일한도) 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원의 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

2 1. (보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 2~3인실에 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 다른 상급종합병원으로 이전하여 2~3인실에 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 2~3인실 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

3 1. (보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 2~3인실 상해입원일당(1일이상30일한도)을 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 상급종합병원 2~3인실 상해입원일당(1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

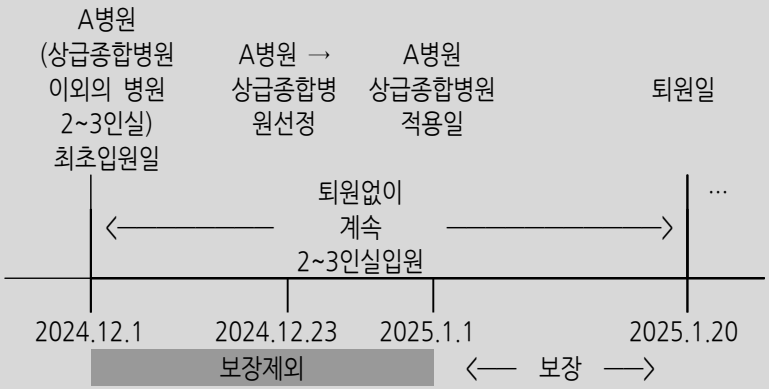
5 피보험자가 상급종합병원 2~3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 4. (“상급종합병원”의 정의)에 해당하는 상급종합병원의 2~3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 2~3인실 상해입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

6 피보험자가 4. (“상급종합병원”의 정의)에 해당하는 상급종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 2~3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 2~3인실 상해입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

7 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 4. (“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우 상급종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

예시

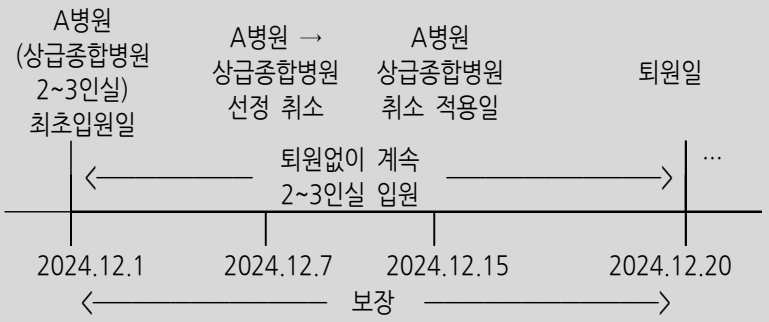
상급종합병원 이외의 병원 2~3인실 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 보장예시



8 피보험자가 상급종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 4. (“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 2~3인실 상해입원일당(1일이상30일한도)을 보장합니다.

예시

상급종합병원 2~3인실 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 보장예시



9 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

4. (“상급종합병원”의 정의)

“상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

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

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

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

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

5. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 4. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원개시일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 입원"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 4. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

40 | 종합병원 2,3인실 상해입원일당(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 2~3인실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 종합병원 2~3인실 상해입원일당(1일이상30일한도)으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 종합병원 2~3인실 상해입원일당(1일이상30일한도) 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 종합병원의 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

2 1. (보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 2~3인실에 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 다른 종합병원으로 이전하여 2~3인실에 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 2~3인실 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

3 1. (보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 2~3인실 상해입원일당(1일이상30일한도)을 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 종합병원 2~3인실 상해입원일당(1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

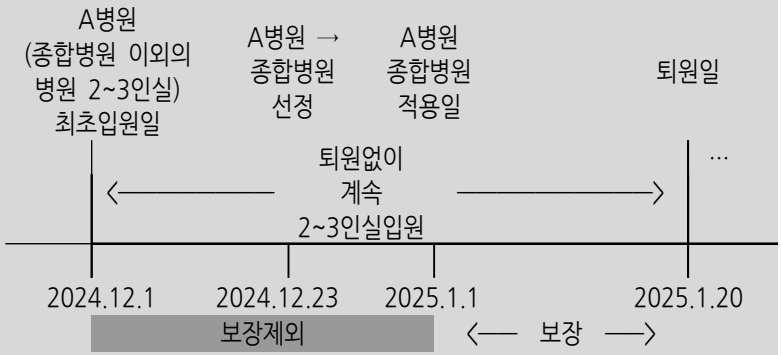
5 피보험자가 종합병원 2~3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 4. ("종합병원"의 정의)에 해당하는 종합병원의 2~3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 2~3인실 상해입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

6 피보험자가 4. ("종합병원"의 정의)에 해당하는 종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 2~3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 2~3인실 상해입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

7 피보험자가 종합병원 이외의 병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 4. ("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 경우 종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

예시

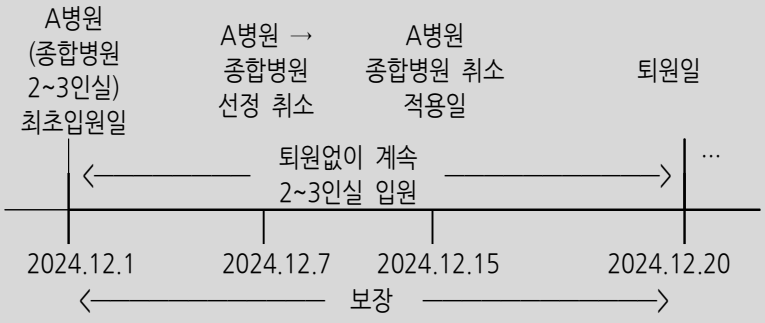
종합병원 이외의 병원 2~3인실 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우 보장예시



8 피보험자가 종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 4. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 2~3인실 상해입원일당(1일이상30일한도)을 보장합니다.

예시

종합병원 2~3인실 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우 보장예시



9 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

4. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

5. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 4. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원개시일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "종합병원 입원"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 4. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관

내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

41 | 간병인사용 상해입원지원비 (간병인비용연간100만원이상)(맞춤간편고지) (비갱신형/갱신형) 특별약관

이 특별약관은 다음의 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

41-1. 간병인사용 상해입원지원비(요양병원제외) (간병인비용연간100만원이상)(맞춤간편고지)

41-2. 간병인사용 상해입원지원비(요양병원) (간병인비용연간100만원이상)(맞춤간편고지)

41-1 간병인사용 상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간100만원이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 7. (간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용하고 "연간 간병인 사용금액 총액"이 100만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 다음과 같이 간병인사용 상해입원지원비(요양병원제외)를 지급합니다

연간 간병인 사용금액 총액	지급금액
100만원 이상 300만원 미만	보험가입금액의 5%
300만원 이상 500만원 미만	보험가입금액의 15%
500만원 이상 700만원 미만	보험가입금액의 25%
700만원 이상 1,000만원 미만	보험가입금액의 35%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	보험가입금액의 50%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	보험가입금액의 75%
2,000만원 이상	보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 3. ("연간 간병인 사용금액 총액" 의 정의)에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 "연간 간병인 사용금액 총액"을 기준으로 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원지원비(요양병원제외)를 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 "연간 간병인 사용금액 총액"이 변경되어 1. (보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 1. (보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

2 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원(요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 "연간 간병인 사용금액 총액"을 적용합니다.

3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원지원비(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.

5 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("연간 간병인 사용금액 총액" 의 정의)

1 이 특별약관에서 "연간 간병인 사용금액 총액"이라 함은 해당 상해의 진료를 위하여 병원 또는 의원에 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 간병인 사용금액을 합산한 금액을 말하며 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

2 위 1의 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 하며, 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.

예시

연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시

예시1)

구분	입원기간	실제 간병인 사용일 및 사용금액
A상해	2023년 6월 1일 ~ 6월30일 (30일)	2023년 6월 11일 ~ 6월 17일 (사용일수 7일, 사용금액 70만원)
B상해	2023년 12월 1일 ~ 12월 30일 (30일)	2023년 12월 4일 ~ 12월 13일 (사용일수 10일, 사용금액 300만원)

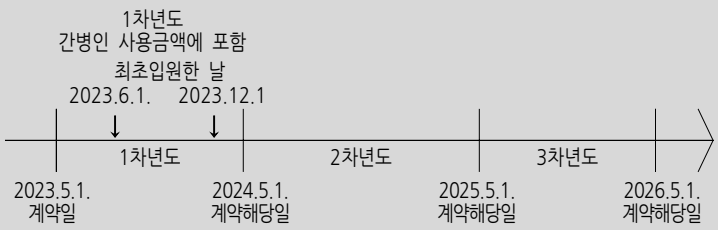
-. (A상해) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용
(10만원 × 7일 = 70만원)

-. (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 한도로 적용

(25만원 × 10일 = 250만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 70만원 + (B상해) 250만원 = 320만원

=> 보험가입금액의 15% 지급, 1차년도 지급금액 : 30만원



예시2)

구분	입원기간	실제 간병인 사용일 및 사용금액
A상해	2024년 4월 20일 ~ 5월 19일 (30일)	2024년 4월 25일 ~ 5월 14일 (사용일수 20일, 사용금액 400만원)
B상해	2024년 11월 20일 ~ 12월 19일 (30일)	2024년 11월 25일 ~ 12월 14일 (사용일수 20일, 사용금액 600만원)

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함

-. (A상해) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용

(20만원 × 20일 = 400만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 400만원

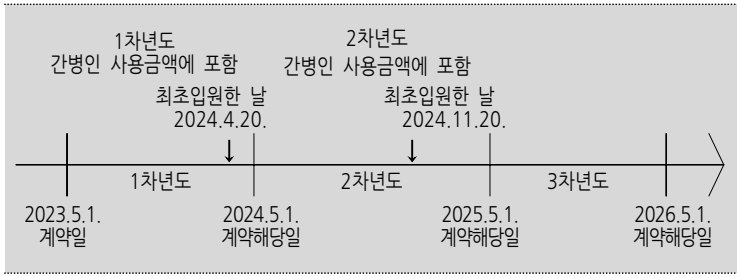
=> 보험가입금액의 15% 지급, 1차년도 지급금액 : 30만원

-. (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 한도로 적용

(25만원 × 20일 = 500만원)

→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B상해) 500만원

=> 보험가입금액의 25% 지급, 2차년도 지급금액 : 50만원



4. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

2 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원지원비(요양병원제외)는 지급하지 않습니다.

5. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.

자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

6. ("요양병원"의 정의)

"요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

7. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자

를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

8. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 7. (간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

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

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

⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

41-2 간병인사용 상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간100만원이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 7. (간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용하고 "연간 간병인 사용금액 총액"이 100만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 다음과 같이 간병인사용 상해입원지원비(요양병원)를 지급합니다

연간 간병인 사용금액 총액	지급금액
100만원 이상 300만원 미만	보험가입금액의 5%
300만원 이상 500만원 미만	보험가입금액의 15%
500만원 이상 700만원 미만	보험가입금액의 25%
700만원 이상 1,000만원 미만	보험가입금액의 35%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	보험가입금액의 50%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	보험가입금액의 75%
2,000만원 이상	보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 3. ("연간 간병인 사용금액 총액" 의 정의)에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 "연간 간병인 사용금액 총액"을 기준으로 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원지원비(요양병원)를 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 "연간 간병인 사용금액 총액"이 변경되어 1. (보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 1. (보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

2 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 요양병원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 "연간 간병인 사용금액 총액"을 적용합니다.

3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원지원비(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.

5 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("연간 간병인 사용금액 총액" 의 정의)

1 이 특별약관에서 "연간 간병인 사용금액 총액"이라 함은 해당 상해의 진료를 위하여 병원 또는 의원에 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 간병인 사용금액을 합산한 금액을 말하며 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

2 위 1의 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 하며, 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.

예시

연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시

예시1)

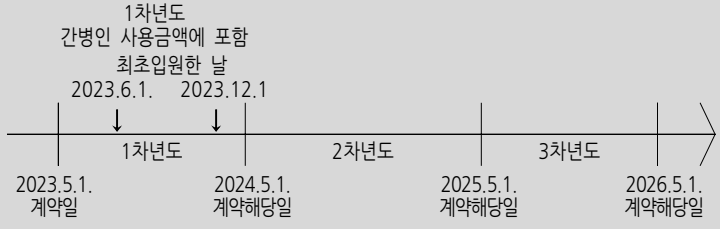
구분	입원기간	실제 간병인 사용일 및 사용금액
A상해	2023년 6월 1일 ~ 6월30일 (30일)	2023년 6월 11일 ~ 6월 17일 (사용일수 7일, 사용금액 70만원)
B상해	2023년 12월 1일 ~ 12월 30일 (30일)	2023년 12월 4일 ~ 12월 13일 (사용일수 10일, 사용금액 300만원)

-. (A상해) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용
(10만원 × 7일 = 70만원)

-. (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 한도로 적용
(25만원 × 10일 = 250만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 70만원 + (B상해) 250만원 = 320만원

=> 보험가입금액의 15% 지급, 1차년도 지급금액 : 30만원



예시2)

구분	입원기간	실제 간병인 사용일 및 사용금액
A상해	2024년 4월 20일 ~ 5월 19일 (30일)	2024년 4월 25일 ~ 5월 14일 (사용일수 20일, 사용금액 400만원)
B상해	2024년 11월 20일 ~ 12월 19일 (30일)	2024년 11월 25일 ~ 12월 14일 (사용일수 20일, 사용금액 600만원)

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함

-. (A상해) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용
(20만원 × 20일 = 400만원)

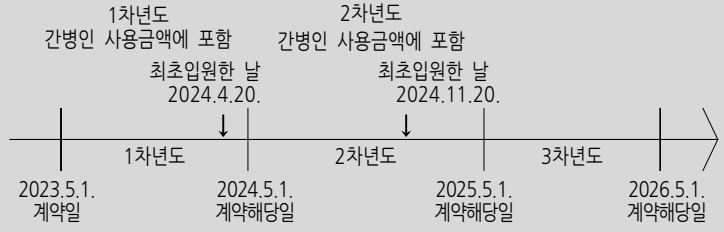
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 400만원

=> 보험가입금액의 15% 지급, 1차년도 지급금액 : 30만원

-. (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 한도로 적용
(25만원 × 20일 = 500만원)

→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B상해) 500만원

=> 보험가입금액의 25% 지급, 2차년도 지급금액 : 50만원



4. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

2 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원지원비(요양병원)는 지급하지 않습니다.

5. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.

자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

6. ("요양병원"의 정의)

"요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 요양병원을 말합니다.

7. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

8. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 7. (간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

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

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

⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

42 | 간병인사용상해입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받으며 5. (간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용 상해입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

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

② 위 ①의 간병인사용 상해입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도 내에서 산정합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 1. (보험금의 지급사유) ①의 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.

보험 지식

간병인사용 상해입원일당(상급종합병원) 보장사례 (가입금액 2만원 기준)

- 입원기간 : 2021년 10월 1일 ~ 10월 30일 (30일)
- 간병인 사용일 및 사용금액
  - 2021년 10월 11일 ~ 10월 17일 (사용일수 7일), 총77만원
    (1일당 평균 11만원 사용, 7만원 이상에 해당)
    → **가입금액(2만원) × 7일 = 14만원 지급**
  - 2021년 10월 21일 ~ 10월 24일 오전, 10월 24일 오후, 10월 25일 오후 ~ 10월 27일 (사용일수 7일), 총42만원
    (1일당 평균 6만원 사용, 7만원 미만에 해당)
    → **가입금액(2만원) × 50% × 7일 = 7만원 지급**

=> 총 지급 보장금액 : 14만원 + 7만원 = 21만원

② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1. (보험금의 지급사유) ①을 적용합니다.

③ 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 상해입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 6. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 간병인사용 상해입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

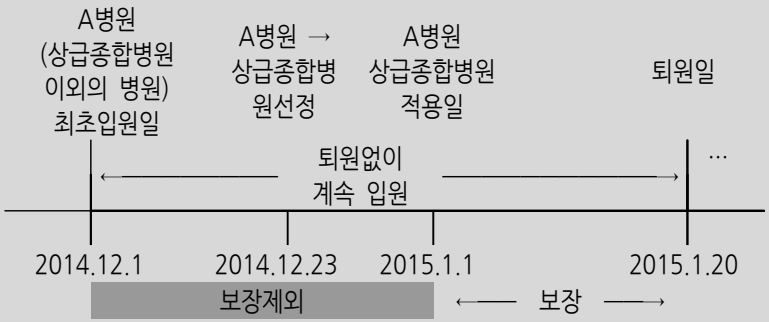
⑥ 피보험자가 6. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1. (보험금의 지급사유)에 따라 간병인사용 상해입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 6. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우 상급종합병원 적용일부터 1.(보험금의 지급사유)에 따라 간병인사용 상해입원일당(상급종합병원)(1

일이상180일한도)을 지급합니다.

보험 지식

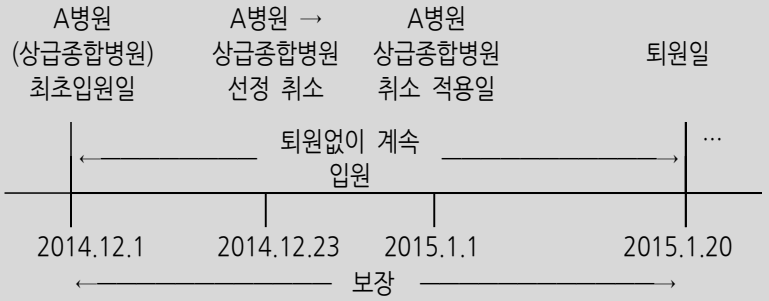
상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 보장예시



8 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 6. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 간병인사용 상해입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)을 보장합니다.

보험 지식

상급종합병원 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 보장예시



9 1. (보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

10 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

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

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였

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

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

6. ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

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

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

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

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

7. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 6. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원개시일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 입원"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 6.("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

8. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원

또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 5.(간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다

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

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

⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가서류를 요청할 수 있습니다.

⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입한 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

43 | 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 6. (간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병인 서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

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

2 1의 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도 내에서 산정합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유) 1의 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.

보험 지식

간병인사용 상해입원일당(요양병원제외) 보장사례 (가입금액 2만원 기준)

- 입원기간 : 2021년 10월 1일 ~ 10월 30일 (30일)
- 간병인 사용일 및 사용금액
  - 2021년 10월 11일 ~ 10월 17일 (사용일수 7일), 총77만원
    (1일당 평균 11만원 사용, 7만원 이상에 해당)
    → **가입금액(2만원) × 7일 = 14만원 지급**
  - 2021년 10월 21일 ~ 10월 24일 오전, 10월 24일 오후, 10월 25일 오후 ~ 10월 27일 (사용일수 7일), 총42만원
    (1일당 평균 6만원 사용, 7만원 미만에 해당)
    → **가입금액(2만원) × 50% × 7일 = 7만원 지급**

=> 총 지급 보장금액 : 14만원 + 7만원 = 21만원

2 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원(요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1. (보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 1. (보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

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

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("요양병원"의 정의)

"요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

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

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 6. (간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다
   나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
⑤ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.
⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가서류를 요청할 수 있습니다.
⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

8. (특별약관의 소멸)

[1] 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
[2] 위 [1]에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

44 | 간병인사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

[1] 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 "요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"을 제외한 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 181일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 6. (간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 181일째 입원일로부터 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)으로 지급합니다.

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

2 1의 간병인사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)의 지급일수는 1회 입원당 185일 한도 내에서 산정합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유) 1의 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.

예시

간병인사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상) 보장사례 (가입금액 2만원 기준)

- 입원기간 : 2024년 2월 1일 ~ 8월 31일
- 간병인 사용일 및 사용금액
  - 2024년 2월 1일 ~ 8월 15일 (사용일수 197일), 총1,576만원 (1일당 평균 8만원 사용, 7만원 이상에 해당)
    → **가입금액(2만원) × 17일(197일-180일) = 34만원 지급**
  - 2024년 8월 20일 ~ 8월 25일 (사용일수 6일), 총36만원 (1일당 평균 6만원 사용, 7만원 미만에 해당)
    → **가입금액(2만원) × 50% × 6일 = 6만원 지급**

=> 총 지급 보장금액 : 34만원 + 6만원 = 40만원

2 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원(“요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원” 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1. (보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 1. (보험금의 지급사유)에서 지급일수는 병원(“요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원” 제외) 또는 의원에 입원하던 중 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

2 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 상해입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)은 지급하지 않습니다.

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.

자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (“요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원”의 정의)

1 이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "정신병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 정신병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 정신병원을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "한방병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원을 말합니다.

6. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 6. (간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

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

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

⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

특별약관

제2장 질병관련

]

어려운 용어는 **프로미라이프 용어사전** 참고 ····· 44
인용 법규는 **약관에서 인용한 법규** 참고 ····· 998

용어	정의
갱신형	일정 기간을 주기로 보험기간이 자동 갱신되는 형태를 말합니다. 이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보험증권에 갱신 주기를 기재하여 드립니다. 예시) 3년/10년/20년/30년 만기 자동갱신
비갱신형	만기까지 갱신되지 않고 보장이 지속되는 형태를 말합니다. 예시) 80세/90세/100세 만기

1 | 질병사망II(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 사망하는 경우 이 특별약관에 따라 다음의 금액을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
질병사망	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병사망	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 1. (보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 질병사망보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

4 위 3의 규정에도 불구하고 피보험자, 보험수익자 또는 계약자의 고의로 인해 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 보통약관 32. (중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.

4. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보

통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

2 | 질병80%이상후유장해(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표1】 장해분류표 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 1회에 한하여 다음과 같이 질병80%이상후유장해보험금을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
질병80%이상 후유장해(1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병80%이상후유장해(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 장해분류표 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 위 1에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

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

4 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 6에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

3. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 질병80%이상후유장해보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

4. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

3 | 질병입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병의 치료를 목적으로 「병원 또는 의원」(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 입원 첫날부터 입원 1일당 다음과 같이 질병입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분		지급금액
질병입원일당 (1일이상180일한도)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병입원일당 (1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

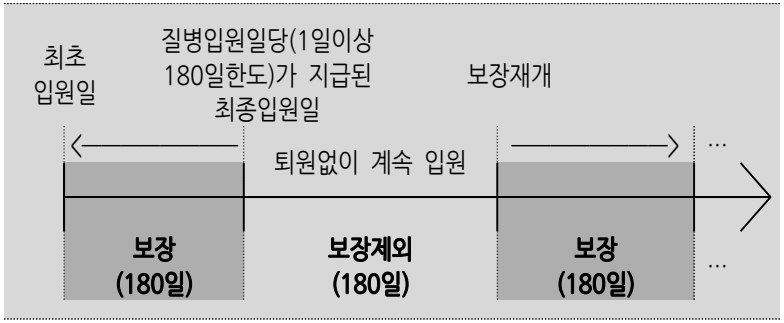
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 질병입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(1일이상180일한도)가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 질병입원일당(1일이상180일한도)가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(1일이상180일한도)가 지급된 최종입원일의 그다음 날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1. (보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 1 및 2를 적용하여 질병입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

② 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

③ 성병

④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환
⑩ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑪ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
⑫ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

4 | 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 질병의 치료를 목적으로 인하여 「병원 또는 의원」(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 중환자실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 다음과 같이 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.
① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분		지급금액
질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 중환자실이라 함은 "의료법 시행규칙 별표4"에서 정한 중환자실을 말합니다.

인용 문구

의료법 시행규칙 별표 4

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

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

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

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

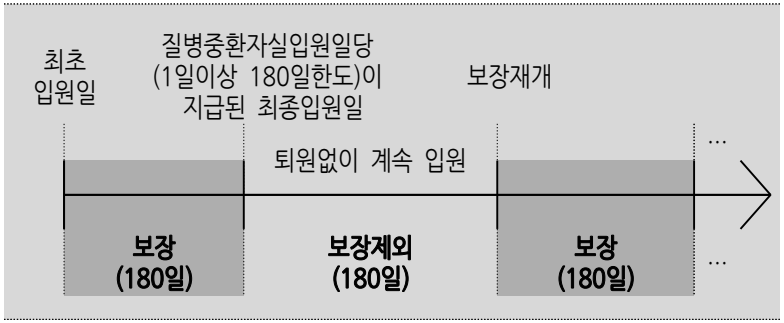
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 질병중환자실입원일당 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 상기 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그다음 날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1. (보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 1 및 2를 적용하여 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병중환자실입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
③ 성병
④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환
⑩ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑪ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
⑫ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

5 | 질병수술비(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 다음과 같이 질병수술비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
질병수술비 (동일질병당 1회지급) (맞춤간편고지)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병수술비 (동일질병당 1회지급) (맞춤간편고지)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 질병수술비는 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비는 보장하지 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 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대해서는 보장하지 않습니다.
① 정신 및 행동장애(F04~F99)
② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)이 보장개시일부터 2년이내에 발생한 경우
③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~ O99)
④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
⑤ 비만(E66)
⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
⑦ 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
⑨ 과잉포피, 포경 및 감돈포경, 음경의 기타 장애(N47~N48)

3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.
① 건강검진, 예방접종, 인공유산
② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내,체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
③ 단순한 피로 또는 권태
④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
⑥ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개

선 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

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

4 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

6 | 질병1~5종수술비Ⅲ(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보장의 범위)

이 특별약관은 다음의 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 질병1~5종수술비Ⅲ(1종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지)
2. 질병1~5종수술비Ⅲ(2종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지)
3. 질병1~5종수술비Ⅲ(3종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지)
4. 질병1~5종수술비Ⅲ(4종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지)
5. 질병1~5종수술비Ⅲ(5종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지)

2. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일)이후에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "1~5종수술 분류표"【별표 4】 1~5종수술 분류표 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래와 같이 질병1~5종수술비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

세부보장 구분	보험계약일로부터 1년미만 지급금액
1종	질병1~5종수술비Ⅲ(1종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액의 50%
2종	질병1~5종수술비Ⅲ(2종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액의 50%
3종	질병1~5종수술비Ⅲ(3종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액의 50%
4종	질병1~5종수술비Ⅲ(4종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액의 50%
5종	질병1~5종수술비Ⅲ(5종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액의 50%

세부보장 구분	보험계약일로부터 1년이상 지급금액
1종	질병1~5종수술비Ⅲ(1종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
2종	질병1~5종수술비Ⅲ(2종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
3종	질병1~5종수술비Ⅲ(3종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
4종	질병1~5종수술비Ⅲ(4종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
5종	질병1~5종수술비Ⅲ(5종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액

② 갱신형(갱신계약)의 경우

세부보장 구분	지급금액
1종	질병1~5종수술비Ⅲ(1종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
2종	질병1~5종수술비Ⅲ(2종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
3종	질병1~5종수술비Ⅲ(3종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
4종	질병1~5종수술비Ⅲ(4종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
5종	질병1~5종수술비Ⅲ(5종,동일질병당 1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액

2 위 1의 질병1~5종수술비는 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 질병1~5종수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.

3 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
“요실금” 수술시	피보험자 보험나이 18세 계약해당일. 단, 최초계약시 피보험자 보험나이가 18세 이상인 경우 제1회 보험료를 받은 때
그 외 수술시	제1회 보험료를 받은 때

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 2. (보험금의 지급사유)의 2에도 불구하고 “1~5종수술 분류표”(【별표4】 1~5종수술 분류표 참조)의 수술종류 중 48항 “요실금수술비(급여)” 수술은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 ‘요실금수술’ 항목에서 급여항목이 발생한 경우에 한하여 연간 1회 한도로 보상합니다.

2 위 1의 “연간”이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(‘입원’을 포함합니다)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

3 위 1의 “요실금수술비(급여)” 수술은 여성인 피보험자에 한하여 보상합니다.

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

4. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병1~5종수술비는 보장하지 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 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병1~5종수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F04~F99)

② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)이 보장개시일부터 2년이내에 발생한 경우

③ 피보험자가 임신, 출산, 산후기로 수술한 경우(O00~ O99)(단, 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)은 보상합니다.)

④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)

⑤ 비만(E66)

⑥ 직장 또는 항문관련질환(K62)

⑦ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병1~5종수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산

② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내,체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

③ 단순한 피로 또는 권태

④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

⑤ 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

⑥ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 ‘여성형 유방증’을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

5. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택

등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 “1~5종 수술분류표”(【별표4】 1~5종수술 분류표 참조)에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

4 위 1의 "수술"에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

“기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술”이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

7 | 질병1-5종수술비Ⅵ(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보장의 범위)

이 특별약관은 다음의 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 질병1-5종수술비Ⅵ(1종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)
2. 질병1-5종수술비Ⅵ(2종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)
3. 질병1-5종수술비Ⅵ(3종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)
4. 질병1-5종수술비Ⅵ(4종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)
5. 질병1-5종수술비Ⅵ(5종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)

2. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일)이후에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 “1-5종수술Ⅴ분류표”(【별표

97】1-5종수술Ⅴ분류표 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래와 같이 질병1-5종수술비Ⅵ(동일질병당1회지급)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

세부보장 구분	보험계약일로부터 1년미만 지급금액
1종	질병1-5종수술비Ⅵ(1종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액의 50%
2종	질병1-5종수술비Ⅵ(2종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액의 50%
3종	질병1-5종수술비Ⅵ(3종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액의 50%
4종	질병1-5종수술비Ⅵ(4종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액의 50%
5종	질병1-5종수술비Ⅵ(5종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액의 50%

세부보장 구분	보험계약일로부터 1년이상 지급금액
1종	질병1-5종수술비Ⅵ(1종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
2종	질병1-5종수술비Ⅵ(2종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
3종	질병1-5종수술비Ⅵ(3종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
4종	질병1-5종수술비Ⅵ(4종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
5종	질병1-5종수술비Ⅵ(5종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액

② 갱신형(갱신계약)의 경우

세부보장 구분	지급금액
1종	질병1-5종수술비Ⅵ(1종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
2종	질병1-5종수술비Ⅵ(2종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
3종	질병1-5종수술비Ⅵ(3종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
4종	질병1-5종수술비Ⅵ(4종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액
5종	질병1-5종수술비Ⅵ(5종)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액

2 위 1의 질병1-5종수술비Ⅵ(동일질병당1회지급)는 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 질병1-5종수술비Ⅵ(동일질병당1회지급)를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.

3 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
“요실금” 수술시	피보험자 보험나이 18세 계약해당일. 단, 최초계약시 피보험자 보험나이가 18세 이상인 경우 제1회 보험료를 받은 때
그 외 수술시	제1회 보험료를 받은 때

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 2.(보험금의 지급사유)의 2에도 불구하고 1-5종수술Ⅴ분류표”(【별표97】 1-5종수술Ⅴ분류표 참조)의 수술종류 중 47항 “요실금수술비(급여)” 수술은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 ‘요

실금수술' 항목에서 급여항목이 발생한 경우에 한하여 연간 1회 한도로 보상합니다.

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

3 위 1의 "요실금수술비(급여)" 수술은 여성인 피보험자에 한하여 보상합니다.

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

4. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병1-5종수술비는 보장하지 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 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병1-5종수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F04~F99)

② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)이 보장개시일부터 2년이내에 발생한 경우

③ 피보험자가 임신, 출산, 산후기로 수술한 경우(O00~O99)(단, 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)은 보상합니다.)

④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)

⑤ 비만(E66)

⑥ 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)

⑦ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

⑧ 피부 및 피하조직의 모낭낭(L72), 티눈 및 굳은살(L84)

3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병1-5종수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.

① 건강검진, 예방접종, 인공유산

② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내,체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

③ 단순한 피로 또는 권태

④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

⑤ 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

⑥ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

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

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

5. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 "1-5종수술Ⅴ분류표"(【별표97】 1-5종수술Ⅴ분류표 참조)에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료

효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

4 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?
- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위(예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

8 | 119대질병수술비Ⅳ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보장의 범위)

이 특별약관은 다음의 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 119대질병수술비(20대질병)(맞춤간편고지)
2. 119대질병수술비(5대질병)(맞춤간편고지)
3. 119대질병수술비(68대생활질환)(맞춤간편고지)
4. 119대질병수술비(특정다빈도4대질병)(맞춤간편고지)
5. 119대질병수술비(22대질병)(맞춤간편고지)

2. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 119대질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 119대질병수술비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

세부보장 구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
119대질병수술비(20대질병) 119대질병수술비(5대질병) 119대질병수술비(68대생활질환) 119대질병수술비(특정다빈도4대질병) 119대질병수술비(22대질병)	보험계약일로부터 1년미만	각 세부보장 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	각 세부보장 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

세부보장 구분	지급금액
119대질병수술비(20대질병) 119대질병수술비(5대질병) 119대질병수술비(68대생활질환) 119대질병수술비(특정다빈도4대질병) 119대질병수술비(22대질병)	각 세부보장 보험가입금액의 100%

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 2. (보험금의 지급사유)에도 불구하고 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 하는 레이저(Laser) 수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 119대질병수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

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

4. ("119대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "119대질병"이라 함은 「119대질병Ⅲ분류표」(【별표22】119대질병Ⅲ분류표 참조)에서 정한 「20대질병」, 「5대질병」, 「68대생활질환」, 「특정다빈도 4대질병」 및 「22대질병」 5개의 세부보장을 총칭합니다.

2 위 1의 「20대질병」이라 함은 「119대질병Ⅲ분류표」(【별표22】119대질병Ⅲ분류표 참조)에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 동맥경화증, 만성 하부호흡기 질환, 폐렴, 결핵, 신부전, 패혈증, 중추신경계통의 염증성 질환, 파킨슨병, 다발경화증, 자율신경계통의 장애, 대동맥류, 폐질환, 급성 췌장염, 췌장질환, 크로이츠펠트-야콥병, 조로증 및 기타 동맥류 박리를 말합니다.

3 위 1의 「5대질병」이라 함은 「119대질병Ⅲ분류표」(【별표22】119대질병Ⅲ분류표 참조)에서 정한 위·십이지장궤양, 녹내장, 뇌전증, 버거씨병, 위공장궤양을 말합니다.

4 위 1의 「68대생활질환」이라 함은 「119대질병Ⅲ분류표」(【별표22】119대질병Ⅲ분류표 참조)에서 정한 담석증, 사타구니 탈장, 편도염, 축농증, 소화계통의 양성신생물, 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직

의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 비뇨기관의 양성신생물, 생식기의 양성신생물, 유방의 양성신생물, 주침샘의 양성신생물, 손목터널증후군, 어깨병변, 골다공증, 황반변성, 급성상기도감염, 담낭담도질환, 인후부위의 특정질환, 특정 부위의 탈장, 중이의 진주종 및 폴립, 후각특정질환, 귀경화증, 인플루엔자, 기타 급성 하기도감염, 외부요인 폐질환, 기타 호흡기질환, 근육장애, 발바닥근막성섬유종증, 중이 및 유돌의 질환, 내이의 질환, 눈 및 눈부속기관의 특정질환, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 유방의 장애, 비감염성 장염 및 결장염, 특정 장질환, 복막의 질환, 척추변형, 척추병증, 추간판장애(디스크질환), 안면신경장애, 단일신경 병증, 특정 누적외상성질환, 윤활막 및 힘줄장애, 식도질환, 위,십이지장 질환, 외이의 질환 및 귀의 기타장애, 장의 특정기타질환, 특정 요도질환, 당뇨병질환, 고혈압질환, 부갑상선기능질환, 뇌하수체기능질환, 특정소화기질환, 장흡수장애, 비장질환, 전신결합조직장애, 대사장애, 수면무호흡증, 침샘질환, 갑상선질환, 기타 등병증을 말합니다.

5 위 1의 「특정다빈도4대질병」이라 함은 「119대질병Ⅲ분류표」(【별표22】119대질병Ⅲ분류표 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 결막장애 및 생식기질환을 말합니다.

6 위 1의 「22대질병」이라 함은 「119대질병Ⅲ분류표」(【별표22】119대질병Ⅲ분류표 참조)에서 정한 치핵, 치열 및 치루, 중증근무력증, 전신결합조직장애Ⅱ, 안와장애, 유리체의 장애, 골수염, 골괴사증, 뼈의 파젯병, 연골병증, 눈및부속기양성신생물, 동맥색전증 및 혈전증, 하지정맥류, 신장 및 요관의 결석, 충수질환, 요도결석증, 방광의결석, 다낭성 난소증후군, 대상포진, 식도정맥류, 안구의 장애, 음낭 정맥류를 말합니다.

119대질병 세부보장	질병
119대질병수술비(20대질병)	심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 동맥경화증, 만성 하부호흡기 질환, 폐렴, 결핵, 신부전, 패혈증, 중추신경계통의 염증성 질환, 파킨슨병, 다발경화증, 자율신경계통의 장애, 대동맥류, 폐질환, 급성 췌장염, 췌장질환, 크로이츠펠트-야콥병, 조로증, 기타 동맥류 박리
119대질병수술비(5대질병)	위 · 십이지장궤양, 녹내장, 뇌전증, 버거씨병, 위공장궤양
119대질병수술비(68대생활질환)	담석증, 사타구니 탈장, 편도염, 축농증, 소화계통의 양성신생물, 중이 · 호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 비뇨기관의 양성신생물, 생식기의 양성신생물, 유방의 양성신생물, 주침샘의 양성신생물, 손목터널증후군, 어깨병변, 골다공증, 황반변성, 급성상기도감염, 담낭담도질환, 인후부위의 특정질환, 특정 부위의 탈장, 중이의 진주종 및 폴립, 후각특정질환, 귀경화증, 인플루엔자, 기타 급성 하기도감염, 외부요인 폐질환, 기타 호흡기질환, 근육장애, 발바닥근막성섬유종증, 중이 및 유돌의 질환, 내이의 질환, 눈 및 눈부속기관의 특정질환, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 유방의 장애, 비감염성 장염 및 결장염, 특정 장질환, 복막의 질환, 척추변형, 척추병증, 추간판장애(디스크질환), 안면신경장애, 단일신경 병증, 특정 누적외상성질환, 윤활막 및 힘줄장애, 식도질환, 위,십이지장 질환, 외이의 질환 및 귀의 기타장애, 장의 특정기타질환, 특정 요도질환, 당뇨병질환, 고혈압질환, 부갑상선기능질환, 뇌하수체기능질환, 특정소화기질환, 장흡수장애, 비장질환, 전신결합조직장애, 대사장애, 수면무호흡증, 침샘질환, 갑상선질환, 기타 등병증
119대질병수술비(특정다빈도4대질병)	관절염, 백내장, 결막장애, 생식기질환
119대질병수술비(22대질병)	치핵, 치열 및 치루, 중증근무력증, 전신결합조직장애Ⅱ, 안와장애, 유리체의 장애, 골수염, 골괴사증, 뼈의 파젯병, 연골병증, 눈및부속기양성신생물, 동맥색전증 및 혈전증, 하지정맥류, 신장 및 요관의 결석, 충수질환, 요도결석증, 방광의결석, 다낭성 난소증후군, 대상포진, 식도정맥류, 안구의 장애, 음낭 정맥류

7 위 1 내지 6의 "119대질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의

원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

5. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?
- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

9 | 암진단비Ⅱ(유사암제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정된 경우 1회에 한하여 이 특별약관에 따라 다음의 금액을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
암진단비Ⅱ(유사암제외)(1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
암진단비Ⅱ(유사암제외)(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

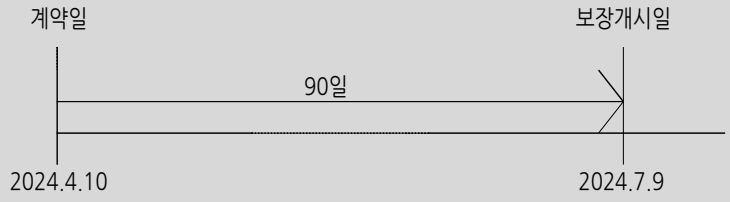
2 위 1에서 암에 대한 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암 제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】 악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암(유사암 제외)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암(유사암 제외)의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암제외)로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유) 1에서 정한 암진단비(유사암제외)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

10 | 유사암진단비Ⅲ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정된 경우 이 특별약관에 따라 다음의 금액을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
제자리암진단비 경계성종양진단비 기타피부암진단비 갑상선암진단비 (각각 1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
제자리암진단비 경계성종양진단비 기타피부암진단비 갑상선암진단비 (각각 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

3 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

4 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

5 위 3 및 4에 따른 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】 제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "제자리암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을

기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “제자리암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

“제자리암”의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “경계성종양”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

“경계성종양”의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유) 에서 정한 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암으로 각각 진단받아 지급금액을 각 1회씩 총 4회 지급한 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

11 | 중증갑상선암진단비II(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 중증갑상선암으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 중증갑상선암진단비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
중증갑상선암진단비Ⅱ (1회한)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
중증갑상선암진단비Ⅱ(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

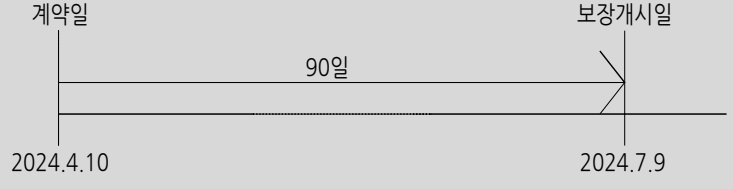
2 위 1에서 중증갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신계약의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

중증갑상선암 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("중증갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「갑상선암 분류표」(【별표30】갑상선암 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 갑상선의 악성신생물을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "중증갑상선암"이라 함은 위 1의 "갑상선암" 중에서 "갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)" 또는 "갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)"에 해당하는 질병을 말합니다.

3 위 2의 "중증갑상선암"에 대한 진단은 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 진단 확정된 경우에 한합니다.

보험지식

중증갑상선암진단비 보장 예시

특정암(원발부위가 중증갑상선암이 아닌 암)으로 암진단비에서 보장을 받은 후 특정암이 중증갑상선암으로 전이되었다면 중증갑상선암진단비는 지급되지 않습니다.
즉, 중증갑상선암으로 중증갑상선암진단비에서 보장을 받으려면 중증갑상선암은 전이암이 아닌 원발암이어야 합니다.

4 "중증갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "중증갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

5 위 4에 따른 "중증갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "중증갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"중증갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 중증갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 중증갑상선암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 중증갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 중증갑상선암진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

12 | 고액치료비암진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 고액치료비암으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 고액치료비암진단비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
고액치료비암진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
고액치료비암진단비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

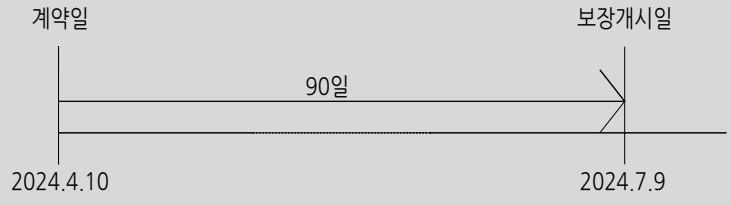
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

고액치료비암 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("고액치료비암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "고액치료비암" 이라 함은 「고액치료비암 분류표」(【별표17】고액치료비암 분류표 참조)에서 정한 골 및 관절연골의 악성신생물(암)/ 뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물(암)/ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)/ 식도의 악성신생물(암)/ 췌장의 악성신생물(암)을 말합니다.

2 위 1의 "고액치료비암"에 대한 진단은 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 진단 확정된 경우에 한합니다.

보험지식

고액치료비암진단비 보장 예시

특정암(원발부위가 고액치료비암이 아닌 암)으로 암진단비에서 보장을 받은 후 특정암이 고액치료비암으로 전이되었다면 고액치료비암진단비는 지급되지 않습니다. 즉, 고액치료비암으로 고액치료비암진단비에서 보장을 받으려면 고액치료비암은 전이암이 아닌 원발암이어야 합니다.

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

4 위 3에 따른 "고액치료비암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "고액치료비암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"고액치료비암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 고액치료비암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 피보험자가 부활(효력회복)시 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유) 1에서 정한 고액치료비암진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

13 | 11대특정암진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 11대특정암으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 11대특정암진단비를 지급합니다.

① 비갱신형, 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
11대특정암진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
11대특정암진단비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

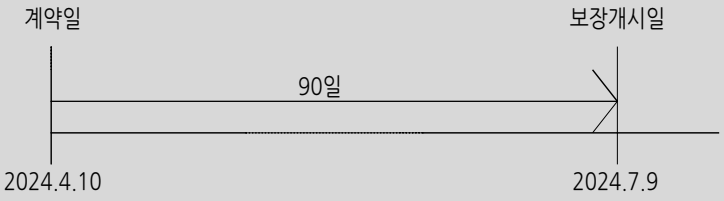
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형, 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

11대특정암 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("11대특정암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "11대특정암" 이라 함은 「11대특정암 분류표」(【별표11】 11대특정암 분류표 참조)에서 정한 식도의 악성신생물(암) / 췌장의 악성신생물(암)/ 골 및 관절연골의 악성신생물(암)/ 뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물(암)/ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)/ 간 및 간내 담관의 악성신생물(암)/ 담낭의 악성신생물(암)/ 기타 및 담도의 상세불명 부분의 악성신생물(암)/ 기관의 악성신생물(암)/ 기관지 및 폐의 악성신생물(암)/ 소장의 악성신생물(암) 을 말합니다.

2 위 1의 "11대특정암"에 대한 진단은 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 진단 확정된 경우에 한합니다.

보험지식

11대특정암진단비 보장 예시

특정암(원발부위가 11대특정암이 아닌 암)으로 암진단비에서 보장을 받은 후 특정암이 11대특정암으로 전이되었다면 11대특정암진단비는 지급되지 않습니다. 즉, 11대특정암진단비에서 보장을 받으려면 11대특정암은 전이암이 아닌 원발암이어야 합니다.

3 "11대특정암" 의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사

(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "11대특정암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

4 위 3에 따른 "11대특정암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "11대특정암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"11대특정암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 11대특정암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 11대특정암으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 11대특정암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유) 1에서 정한 11대특정암진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

14 | 계속받는암진단비(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)"으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 계속받는암진단비로 지급합니다.

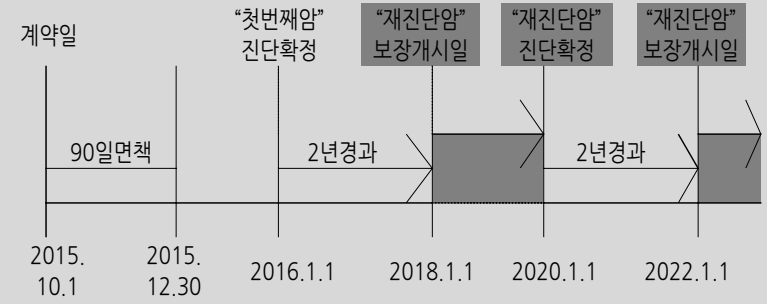
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
첫 번째 재진단암 (유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)	첫 번째암(유사암, 대장점막내암 제외) 진단확정일로부터 그날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
두 번째 이후 재진단암 (유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)	직전 재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외) 진단 확정일로부터 그날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날

3 위 2에도 불구하고 "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)"이 최초 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지나기 전에 진단확정된 경우에는 8. (특별약관의 무효)의 규정을 따릅니다.

보험 지식

재진단암 보장개시일



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)" 및 "재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)"이라 함은 1에서 정한 암에서 3에서 정한 기타피부암, 4에서 정한 갑상선암 및 5에서 정한 대장점막내암을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

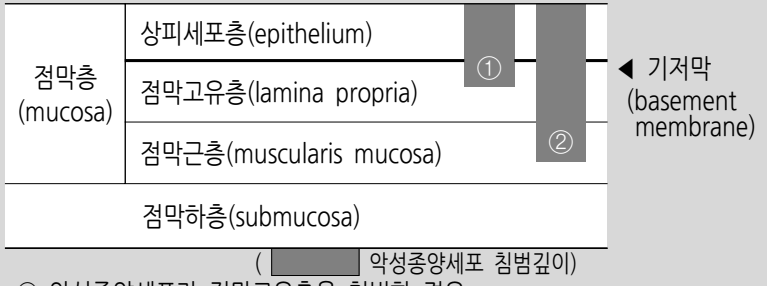
〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

5 이 특별약관에 있어서 "대장점막내암"이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

보험 지식

대장점막내암 예시



① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

6 이 특별약관에 있어서 "전립선암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조) 중 분류번호 C61에 해당하는 질병을 말합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)"이라 함은 1. (보험금의 지급사유) 2에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후 진단확정된 다음 각 호의 암에 해당하는 경우로 1에서 정한 암에서 3에서 정한 기타피부암, 4에서 정한 갑상선암, 5에서 정한 대장점막내암 및 6에서 정한 전립선암을 제외한 질병을 말합니다.

① 새로운 원발암
② 전이암
③ 재발암
④ 잔여암

8 위 7의 "새로운 원발암"이란, 원발부위에 발생한 암으로 첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외) 또는 재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)과 다른 조직병리학적 특성(histopathological appearance)을 가진 암을 말합니다.

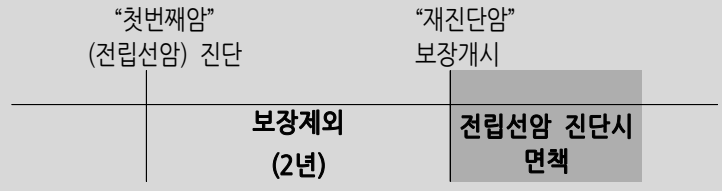
9 위 7의 "전이암"이란, 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 암을 말합니다.

10 위 7의 "재발암"이란, 첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외) 또는 재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외) 또는 재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)의 암세포를 제거한 후 그 첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외) 또는 재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)으로 인하여 새롭게 암이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 암을 말합니다.

11 위 7의 "잔여암"이란, "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)" 또는 "재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)"에 대한 보장개시일 이후 발생한 암진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다. 단, "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)"이 "전립선암" 인 경우 2년 후 "재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 보장을 개시하되, "전립선암" 에 대한 계속받는암진단비는 지급하지 않습니다.

보험 지식

"첫번째암"이 "전립선암" 인 경우 보장예시



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

13 위 12에 따른 "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

14 "재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈

액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

15 위 14에 따른 "재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)"으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외합니다.

예시

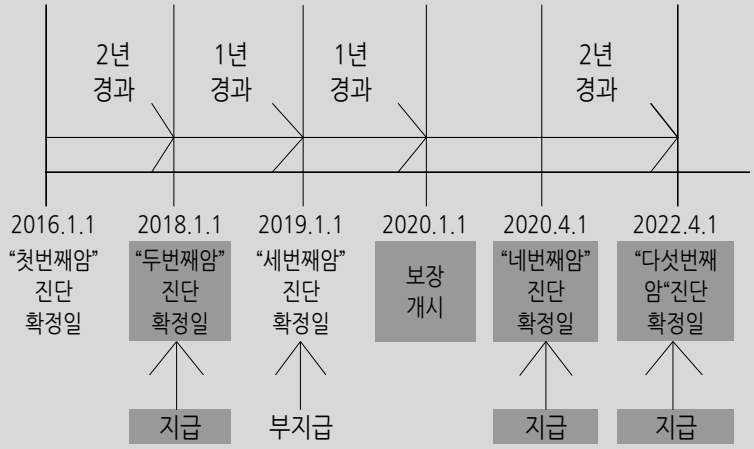
"재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

보험 지식

예시1) 7의 ①~③ 예시

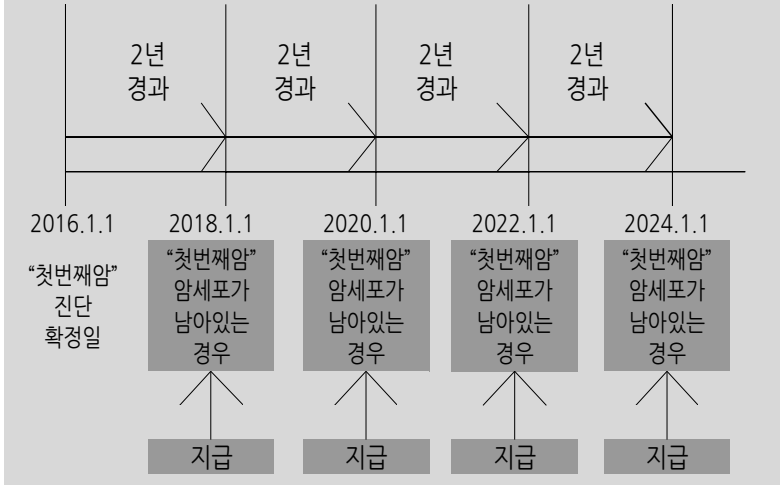
새로운 원발암, 전이암, 재발암 (유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)



보험 지식

예시2) ⑦의 ④ 예시

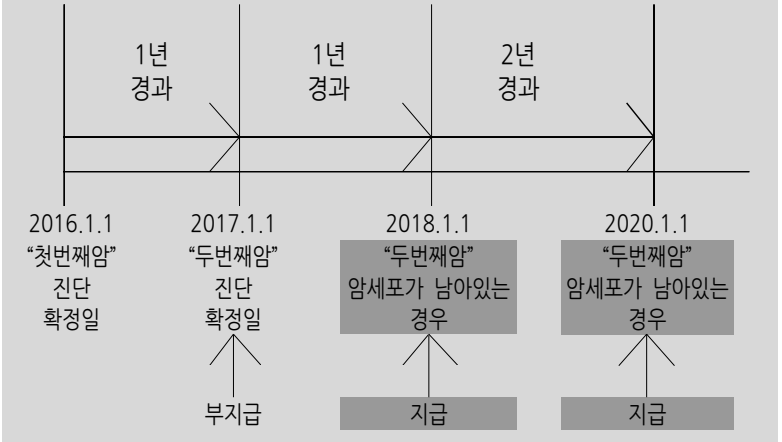
잔여암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)



보험 지식

예시3) ⑦의 ④ 예시

잔여암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)



4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 암의 직접적인 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술

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

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

6. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

7. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 1. (보험금의 지급사유)의 "재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 2년내에 진단확정된 3. ("첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)" 및 "재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 정의 및 진단확정) 7의 재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

3 위 2에도 불구하고 3. ("첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)" 및 "재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)"의 정의 및 진단확정) 7의 ④에 해당하는 암은 1. (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 발생일로부터 2년이 지난 후에는 보험금을 지급합니다.

8. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일 이내에 첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

9. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 위 1에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.
① 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)"으로 진단확정되지 않았던 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)을 청약한 날을 최초 보험계약일로 보아 1. (보험금의 지급사유) 2 및 3을 적용합니다.
② 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)" 또는 "재진단암(유사암, 대장점막내암 전립선암 제외)"으로 진단확정되었던 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)을 청약한 날을 직전 암의 진단확정일로 보아 1. (보험금의 지급사유) 2를 적용합니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 보험기간 중 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

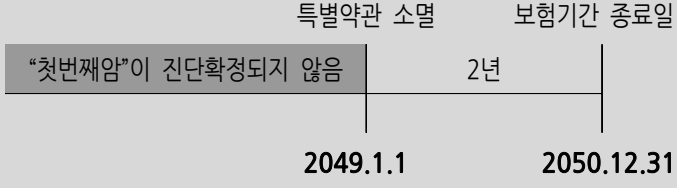
① “첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)”이 진단확정되지 않고, 잔여 보험기간이 그날을 포함하여 2년 이하인 경우

② “재진단암(유사암, 대장점막내암 및 전립선암 제외)”이 진단확정되어 재진단암 진단비가 지급되고, 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

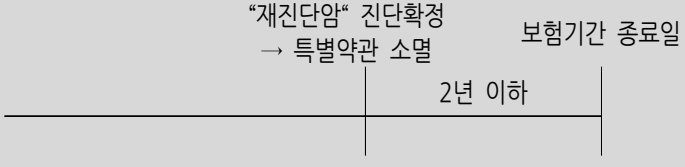
보험 지식

재진단암진단비 소멸 예시

1. “첫번째암”이 진단확정되지 않고, 잔여보험기간이 2년이하인 경우



2. “재진단암” 진단확정 시점에 잔여기간이 2년이하인 경우



3 위 1 및 2에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

11. (특별약관의 갱신)

1 이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

2 위 1에도 불구하고 갱신시점에서 [잔여보험기간-2년]이 위 1의 보험기간 미만일 경우 [잔여보험기간-2년]을 기준으로 하여 갱신되는 것으로 합니다. 다만, 갱신시점 나이가 [갱신종료나이-3]세 이상인 경우 1년 단위로 갱신됩니다. 그러나 피보험자가 [갱신종료나이-2]세까지 “첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)”의 지급사유가 발생하지 않은 경우 [갱신종료나이-2]세 갱신시점부터 더이상 갱신하지 않습니다

보험 지식

갱신 예시 (갱신주기 : 10년)

기준 : 47세에 최초로 가입한 피보험자가 100세까지 갱신하는 경우

1 : 57세, 67세, 77세, 87세 시점 등 10년마다 10년만기로 갱신

2 : 97세 시점에서의 잔여보험기간은 3년이므로 “잔여보험기간-2년”이 3년 미만이 되어 “잔여보험기간-2년”인 1년만기로 갱신

3 : 98세 시점 이전에 “첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)”로 진단확정되었던 경우,
98세, 99세 시점에 각각 1년만기로 갱신 후 100세에 보장 종료

4 : 98세 시점 이전에 “첫번째암(유사암, 대장점막내암 제외)”로 진단확정되지 않은 경우,
98세 시점에 보장 종료

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

15 | 통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보장의 범위)

이 특별약관은 다음의 10개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(두경부암)(맞춤간편고지)
2. 통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(위,식도암)(맞춤간편고지)
3. 통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(소장,대장,항문및기타암)(맞춤간편고지)
4. 통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(간,담낭,담도및췌장암)(맞춤간편고지)
5. 통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(흉곽내기관,중피성및연조직암)(맞춤간편고지)
6. 통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(골,피부등전신부위암)(맞춤간편고지)
7. 통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(유방,비뇨기관,부신및내분비선암)(맞춤간편고지)
8. (남성의 경우)통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(남성생식기암)(맞춤간편고지)
   (여성의 경우)통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(여성생식기암)(맞춤간편고지)
9. 통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(뇌,중추신경계통암)(맞춤간편고지)
10. 통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(혈액암)(맞춤간편고지)

2. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 1. (보장의 범위)의 세부보장에 해당하는 질환으로 진단확정된 경우에는 세부보장별 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 통합암진단비Ⅱ(유사암제외)로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

세부보장 구분	보험계약일로부터 1년미만 지급금액
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(두경부암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(위,식도암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(소장,대장,항문및기타암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(간,담낭,담도및췌장암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(흉곽내기관,중피성및연조직암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(골,피부등전신부위암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(유방,비뇨기관,부신및내분비선암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
(남성의 경우)통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(남성생식기암) (여성의 경우)통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(여성생식기암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(뇌,중추신경계통암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(혈액암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%

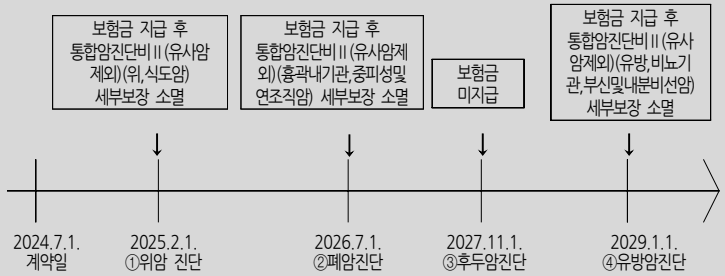
세부보장 구분	보험계약일로부터 1년이상 지급금액
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(두경부암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(위,식도암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(소장,대장,항문및기타암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(간,담낭,담도및췌장암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(흉곽내기관,중피성및연조직암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(골,피부등전신부위암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(유방,비뇨기관,부신및내분비선암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
(남성의 경우)통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(남성생식기암) (여성의 경우)통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(여성생식기암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(뇌,중추신경계통암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(혈액암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

세부보장 구분	지급금액
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(두경부암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(위,식도암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(소장,대장,항문및기타암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(간,담낭,담도및췌장암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(흉곽내기관,중피성및연조직암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(골,피부등전신부위암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(유방,비뇨기관,부신및내분비선암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
(남성의 경우)통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(남성생식기암) (여성의 경우)통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(여성생식기암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(뇌,중추신경계통암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(혈액암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

예시

보험금 지급 예시



① 2025.2.1. 진단확정된 위암(C16)의 경우, **통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(위,식도암) 세부보장 보험가입금액의 50%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장 **소멸**

② 2026.7.1. 진단확정된 폐암(C34)의 경우, **통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(흉곽내기관,중피성및연조직암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장 **소멸**

③ 2027.11.1. 진단확정된 후두암(C32)의 경우, 이미 통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(흉곽내기관,중피성및연조직암) 세부보장이 소멸되었으므로 **보험금 미지급**

④ 2029.1.1. 진단확정된 유방암(C50)의 경우, **통합암진단비Ⅱ(유사암제외)(유방,비뇨기관,부신및내분비선암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장 **소멸**

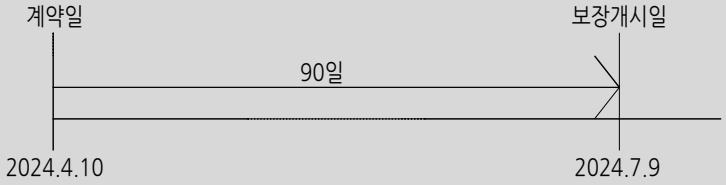
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

통합암(유사암제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

4. ("통합암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "통합암(유사암제외)"이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)에서 정한 「두경부암」, 「위,식도암」, 「소장,대장,항문및기타암」, 「간,담낭,담도및췌장암」, 「흉곽내기관,중피성및연조직암」, 「골,피부등전신부위암」, 「유방,비뇨기관,부신및내분비선암」, 남성의 경우 「남성생식기암」, 여성의 경우 「여성생식기암」, 「뇌,중추신경계통암」 및 「혈액암」 10개의 세부보장을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 위 1의 「두경부암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 1〉 "두경부암" 에서 정한 질병을 말합니다.

3 위 1의 「위,식도암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 2〉 "위·식도암" 에서 정한 질병을 말합니다.

4 위 1의 「소장,대장,항문및기타암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 3〉 "소장·대장·항문 및 기타암" 에서 정한 질병을 말합니다.

5 위 1의 「간,담낭,담도및췌장암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 4〉 "간·담낭·담도 및 췌장암" 에서

정한 질병을 말합니다.

6 위 1의 「흉곽내기관,중피성및연조직암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 5〉 “흉곽내기관·중피성 및 연조직암” 에서 정한 질병을 말합니다.

7 위 1의 「골,피부등전신부위암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 6〉 “골·피부 등 전신부위암” 에서 정한 질병을 말합니다.

8 위 1의 「유방,비뇨기관,부신및내분비선암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 7〉 “유방·비뇨기관·부신 및 내분비선암” 에서 정한 질병을 말합니다.

9 위 1의 「남성생식기암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 8〉 “(남성의 경우) 남성생식기암” 에서 정한 질병을 말합니다.

10 위 1의 「여성생식기암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 8〉 “(여성의 경우) 여성생식기암” 에서 정한 질병을 말합니다.

11 위 1의 「뇌,중추신경계통암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 9〉 “뇌 및 중추신경계통암” 에서 정한 질병을 말합니다.

12 위 1의 「혈액암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 10〉 “혈액암” 에서 정한 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

13 “통합암(유사암제외)”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “통합암(유사암제외)”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

14 위 13에 따른 “통합암(유사암제외)”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “통합암(유사암제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

통합암(유사암제외)의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 “통합암(유사암제외)”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

6. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 피보험자가 부활(효력회복)시 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

7. (특별약관의 소멸)

① 회사가 2. (보험금의 지급사유) ①에서 정한 각각의 세부보장에 해당하는 보험금을 지급한 경우에 각각 세부보장에 대한 회사의 보장책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 세부보장에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 위 ①에 따라 세부보장에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

③ 위 ②에 따라 이 특별약관의 보장책임이 소멸되는 경우에 회사는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 위 ② 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) ② 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

16 | 통합전이암진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보장의 범위)

이 특별약관은 다음의 8개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 통합전이암진단비Ⅱ(위,식도 전이암)(맞춤간편고지)
2. 통합전이암진단비Ⅱ(소장,대장,항문및기타 전이암)(맞춤간편고지)
3. 통합전이암진단비Ⅱ(간,담낭,담도및췌장 전이암)(맞춤간편고지)
4. 통합전이암진단비Ⅱ(흉곽내기관,중피성및연조직 전이암)(맞춤간편고지)
5. 통합전이암진단비Ⅱ(골,피부등전신부위 전이암)(맞춤간편고지)
6. 통합전이암진단비Ⅱ(유방,비뇨기관,부신및내분비선 전이암)(맞춤간편고지)
7. (남성의 경우)통합전이암진단비Ⅱ(남성생식기 전이암)(맞춤간편고지)
   (여성의 경우)통합전이암진단비Ⅱ(여성생식기 전이암)(맞춤간편고지)
8. 통합전이암진단비Ⅱ(뇌,중추신경계통 전이암)(맞춤간편고지)

2. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 1. (보장의 범위)의 세부보장에 해당하는 질환으로 진단확정된 경우에는 세부보장별 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 통합전이암진단비Ⅱ로 지급합니다

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

세부보장 구분	보험계약일로부터 1년미만 지급금액
통합전이암진단비Ⅱ(위,식도 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합전이암진단비Ⅱ(소장,대장,항문및기타 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합전이암진단비Ⅱ(간,담낭,담도및췌장 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합전이암진단비Ⅱ(흉곽내기관,중피성및연조직 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합전이암진단비Ⅱ(골,피부등전신부위 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합전이암진단비Ⅱ(유방,비뇨기관,부신및내분비선 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
(남성의 경우)통합전이암진단비Ⅱ(남성생식기 전이암) (여성의 경우)통합전이암진단비Ⅱ(여성생식기 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합전이암진단비Ⅱ(뇌,중추신경계통 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%

세부보장 구분	보험계약일로부터 1년이상 지급금액
통합전이암진단비Ⅱ(위,식도 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암진단비Ⅱ(소장,대장,항문및기타 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암진단비Ⅱ(간,담낭,담도및췌장 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암진단비Ⅱ(흉곽내기관,중피성및연조직 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암진단비Ⅱ(골,피부등전신부위 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암진단비Ⅱ(유방,비뇨기관,부신및내분비선 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
(남성의 경우)통합전이암진단비Ⅱ(남성생식기 전이암) (여성의 경우)통합전이암진단비Ⅱ(여성생식기 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암진단비Ⅱ(뇌,중추신경계통 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

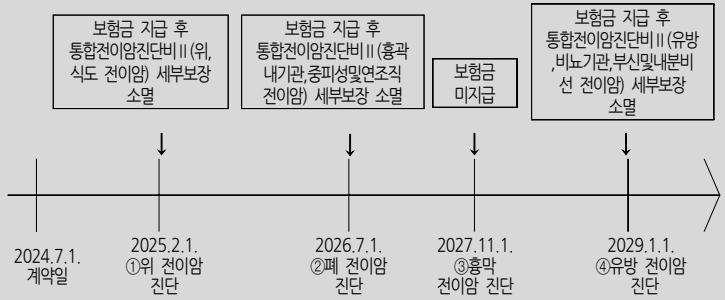
② 갱신형(갱신계약)의 경우

세부보장 구분	지급금액
통합전이암진단비Ⅱ(위,식도 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암진단비Ⅱ(소장,대장,항문및기타 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암진단비Ⅱ(간,담낭,담도및췌장 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암진단비Ⅱ(흉곽내기관,중피성및연조직 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암진단비Ⅱ(골,피부등전신부위 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암진단비Ⅱ(유방,비뇨기관,부신및내분비선 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
(남성의 경우)통합전이암진단비Ⅱ(남성생식기 전이암) (여성의 경우)통합전이암진단비Ⅱ(여성생식기 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암진단비Ⅱ(뇌,중추신경계통 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

예시

보험금 지급 예시

예시1)



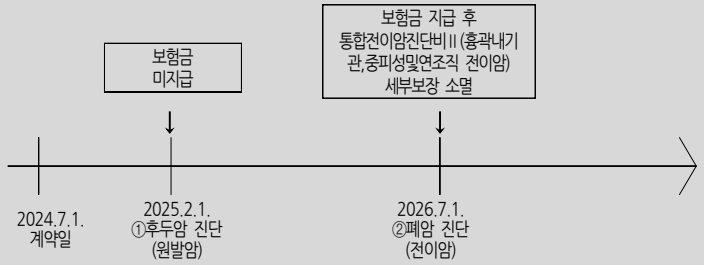
① 2025.2.1. 진단확정된 위 전이암(C78.80)의 경우, **통합전이암진단비Ⅱ(위,식도 전이암) 세부보장 보험가입금액의 50%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장 **소멸**

② 2026.7.1. 진단확정된 폐 전이암(C78.0)의 경우, **통합전이암진단비Ⅱ(흉곽내기관,중피성및연조직 전이암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장 **소멸**

③ 2027.11.1. 진단확정된 흉막 전이암(C78.2)의 경우, 이미 통합전이암진단비Ⅱ(흉곽내기관,중피성및연조직 전이암) 세부보장이 소멸되었으므로 **보험금 미지급**

④ 2029.1.1. 진단확정된 유방 전이암(C79.80)의 경우, **통합전이암진단비Ⅱ(유방,비뇨기관,부신및내분비선 전이암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장 **소멸**

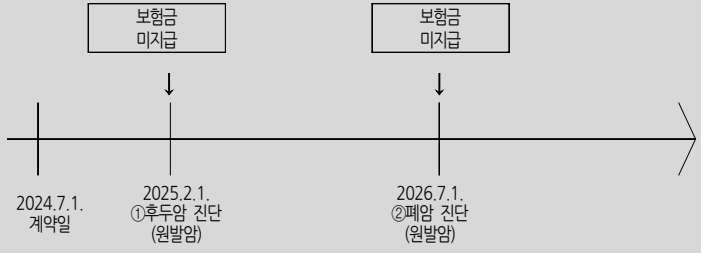
예시2)



① 2025.2.1. 진단확정된 후두암(C32)(원발암)의 경우, 보장제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 **보험금 미지급**

② 2026.7.1. 진단확정된 폐암(C78.0)(전이암)의 경우, **통합전이암진단비Ⅱ(흉곽내기관,중피성및연조직 전이암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장 **소멸**

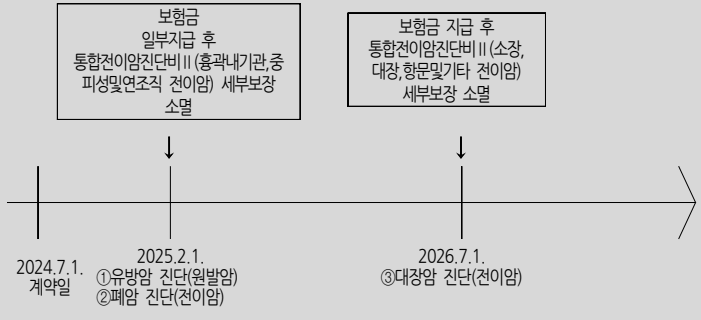
예시3)



① 2025.2.1. 진단확정된 후두암(C32)(원발암)의 경우, 보장제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 **보험금 미지급**

② 2026.7.1. 진단확정된 폐암(C34)(원발암)의 경우, 보장제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 **보험금 미지급**

예시4)



① 2025.2.1. 진단확정된 유방암(C50)(원발암)의 경우, 보장제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 **보험금 미지급**

② 2025.2.1. 동시 진단확정된 폐암(C78.0)(전이암)의 경우, **통합전이암진단비Ⅱ(흉곽내기관,중피성및연조직 전이암) 세부보장 보험가입금액의 50%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장 **소멸**

③ 2026.7.1. 진단확정된 대장암(C78.5)(전이암)의 경우, **통합전이암진단비Ⅱ(소장,대장,항문및기타 전이암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장 **소멸**

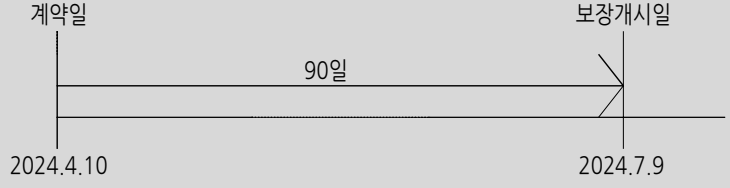
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

통합전이암 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

4. ("통합전이암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "통합전이암"이라 함은 「통합전이암 분류표」(【별표16】 통합전이암 분류표 참조)에서 정한 「위,식도 전이암」, 「소장,대장,항문및기타 전이암」, 「간,담낭,담도및췌장 전이암」, 「흉곽내기관,중피성및연조직 전이암」, 「골,피부등전신부위 전이암」, 「유방,비뇨기관,부신및내분비선 전이암」, 남성의 경우 「남성생식기암 전이암」, 여성의 경우 「여성생식기 전이암」 및 「뇌,중추신경계통 전이암」 8개의 세부보장을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant

condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 위 1의 「위,식도 전이암」이라 함은 「통합전이암 분류표」(【별표16】 통합전이암 분류표 참조)의 〈세부보장 - 1〉 "위암 및 식도암의 전이암" 에서 정한 질병을 말합니다.

3 위 1의 「소장,대장,항문및기타 전이암」이라 함은 「통합전이암 분류표」(【별표16】 통합전이암 분류표 참조)의 〈세부보장 - 2〉 "소장·대장·항문암 및 기타암의 전이암" 에서 정한 질병을 말합니다.

4 위 1의 「간,담낭,담도및췌장 전이암」이라 함은 「통합전이암 분류표」(【별표16】 통합전이암 분류표 참조)의 〈세부보장 - 3〉 "간·담낭·담도암 및 췌장암의 전이암" 에서 정한 질병을 말합니다.

5 위 1의 「흉곽내기관,중피성및연조직 전이암」이라 함은 「통합전이암 분류표」(【별표16】 통합전이암 분류표 참조)의 〈세부보장 - 4〉 "흉곽내기관·중피성암 및 연조직암의 전이암" 에서 정한 질병을 말합니다.

6 위 1의 「골,피부등전신부위 전이암」이라 함은 「통합전이암 분류표」(【별표16】 통합전이암 분류표 참조)의 〈세부보장 - 5〉 "골·피부 등 전신부위암의 전이암" 에서 정한 질병을 말합니다.

7 위 1의 「유방,비뇨기관,부신및내분비선 전이암」이라 함은 「통합전이암 분류표」(【별표16】 통합전이암 분류표 참조)의 〈세부보장 - 6〉 "유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암의 전이암" 에서 정한 질병을 말합니다.

8 위 1의 「남성생식기 전이암」이라 함은 「통합전이암 분류표」(【별표16】 통합전이암 분류표 참조)의 〈세부보장 - 7〉 "(남성의 경우) 남성생식기암의 전이암" 에서 정한 질병을 말합니다.

9 위 1의 「여성생식기 전이암」이라 함은 「통합전이암 분류표」(【별표16】 통합전이암 분류표 참조)의 〈세부보장 - 7〉 "(여성의 경우) 여성생식기암의 전이암" 에서 정한 질병을 말합니다.

10 위 1의 「뇌,중추신경계통 전이암」이라 함은 「통합전이암 분류표」(【별표16】 통합전이암 분류표 참조)의 〈세부보장 - 8〉 "뇌암 및 중추신경계통암의 전이암" 에서 정한 질병을 말합니다.

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

12 위 11에 따른 "통합전이암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "통합전이암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

통합전이암의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 "통합전이암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

6. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 피보험자가 부활(효력회복)시 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 회사가 2. (보험금의 지급사유) 1에서 정한 각각의 세부보장에 해당하는 보험금을 지급한 경우에 각각 세부보장에 대한 회사의 보장책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 세부보장에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에 따라 세부보장에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 2에 따라 이 특별약관의 보장책임이 소멸되는 경우에 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4 위 2 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

17 | 암수술비(유사암제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 암수술비(유사암제외)로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
암(유사암제외) 수술시	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
암(유사암제외) 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 100%

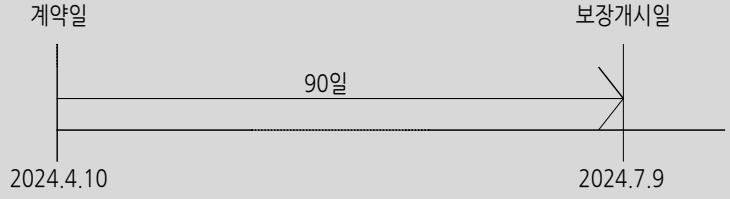
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암 제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 암수술비(유사암제외) 보험금이 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」【별표8】

기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암(유사암 제외)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암(유사암 제외)의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암(유사암제외)"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 "암(유사암제외)"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

6. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암 제외)로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

[1] 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
[2] 위 [1]에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) [2] 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

18 | 암직접치료입원일당II(요양병원제외)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. ("암의 직접적인 치료"의 정의)

[1] "암의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.
[2] "암의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
[3] "암의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
② 면역력 강화 치료
③ 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
[4] 위 [3]에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "암의 직접적인 치료"로 봅니다.
① 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증

된 면역치료
② “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
③ “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

5 위 1에서 4까지 정한 내용은 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 및 제자리암의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

2. (“요양병원”의 정의)

“요양병원”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 요양병원을 말합니다.

3. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단확정되고 그 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 「병원 또는 의원」(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원한 경우에는 입원1일당 다음과 같이 암직접치료입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 입원 제자리암으로 입원 경계성종양으로 입원 기타피부암으로 입원 갑상선암으로 입원	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 50% 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 입원 제자리암으로 입원 경계성종양으로 입원 기타피부암으로 입원 갑상선암으로 입원	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

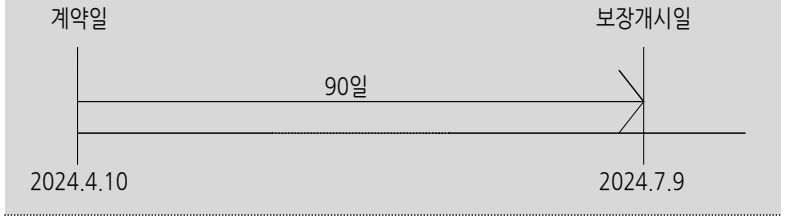
구분	보장개시일(책임개시일)
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 입원	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
제자리암으로 입원 경계성종양으로 입원 기타피부암으로 입원 갑상선암으로 입원	제1회 보험료를 받은 때

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	보장개시일(책임개시일)
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 입원 제자리암으로 입원 경계성종양으로 입원 기타피부암으로 입원 갑상선암으로 입원	이 특별약관의 갱신일

예시

암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보장개시일
- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



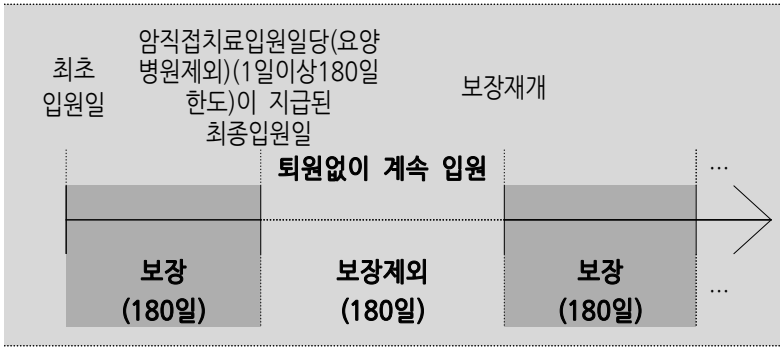
4. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 3. (보험금의 지급사유) 1의 암직접치료입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 3. (보험금의 지급사유) 1의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함. 단, 요양병원 제외)에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 동일한 암(제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암을 포함합니다)에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 암직접치료입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그다음 날을 퇴원일로 봅니다.

보험지식



4 3. (보험금의 지급사유) 1의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 1에서 2를 적용하여 암직접치료입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 암직접치료입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

5. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을

말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】 제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

7. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “경계성종양”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

“경계성종양”의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

9. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

10. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

11. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

12. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

13. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

19 | 암입원일당II(요양병원)(1일이상90일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (“요양병원”의 정의)

“요양병원”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

2. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단확정되고 그 질병으로 인하여 요양병원에 입원한 경우에는 입원 1일당 다음과 같이 암입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 입원 제자리암으로 입원 경계성종양으로 입원 기타피부암으로 입원 갑상선암으로 입원	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 입원 제자리암으로 입원 경계성종양으로 입원 기타피부암으로 입원 갑상선암으로 입원	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1에서 암에 대한 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	보장개시일(책임개시일)
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 입원	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
제자리암으로 입원 경계성종양으로 입원 기타피부암으로 입원 갑상선암으로 입원	제1회 보험료를 받은 때

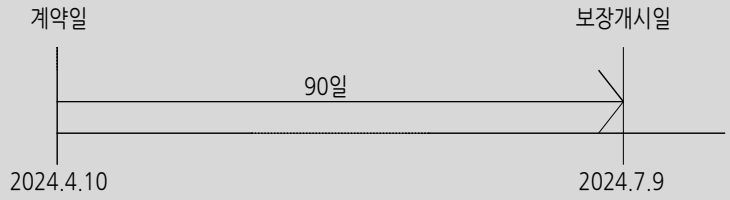
② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	보장개시일(책임개시일)
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 입원 제자리암으로 입원 경계성종양으로 입원 기타피부암으로 입원 갑상선암으로 입원	이 특별약관의 갱신일

예시

암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 2. (보험금의 지급사유) 1의 암입원일당(요양병원)(1일이상90일한도) 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

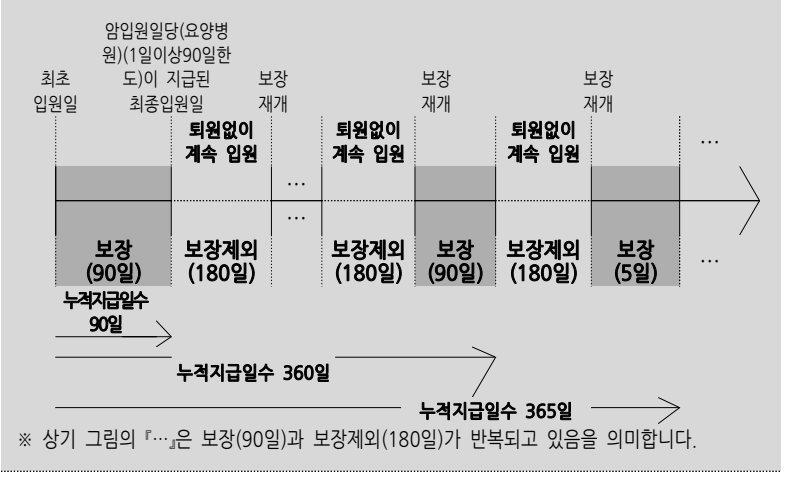
2 2. (보험금의 지급사유) 1의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(제자리암 및 경계성종양을 포함합니다)으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병으로 요양병원을 이전하여 입원한 경우를 포함)에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 동일한 암(제자리암 및 경계성종양을 포함합니다)에 대한 입원이라도 암입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 암입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)이 지급된 최종입원일의 그다음 날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식

4 3에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 가입일부터 지급된 암입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)의 누적 지급일수(이하 "누적 지급일수"라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 만료일(갱신계약의 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만료일)까지 동일한 질병으로 인한 암입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받은 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

보험 지식



5 2. (보험금의 지급사유) 1의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 1에서 2를 적용하여 암입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)을 보장합니다.

6 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 암입원일당(요양병원)(1일이상90일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

4. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에

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

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암"의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】 제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

7. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의

하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

8. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

9. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

11. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

20 | 항암방사선약물치료비II(유사암포함)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)으로 진단확정되고 그 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받았을 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 항암방사선 또는 항암약물치료 중 최초로 발생한 치료에 대해서 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액
제자리암 항암방사선약물치료비	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 10% 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 20%
경계성종양 항암방사선약물치료비	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 10% 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 20%
기타피부암 항암방사선약물치료비	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 10% 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 20%
갑상선암 항암방사선약물치료비	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 10% 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 20%
암(유사암제외) 항암방사선약물치료비	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 50% 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
제자리암 항암방사선약물치료비	이 특별약관 보험가입금액의 20%
경계성종양 항암방사선약물치료비	이 특별약관 보험가입금액의 20%
기타피부암 항암방사선약물치료비	이 특별약관 보험가입금액의 20%
갑상선암 항암방사선약물치료비	이 특별약관 보험가입금액의 20%
암(유사암제외) 항암방사선약물치료비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

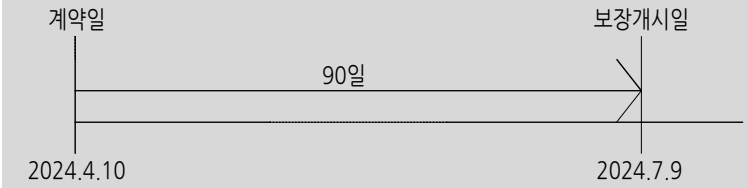
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 단, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 1.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 암(유사암제외) 항암방사선약물치료비를 지급 받은 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정시에는 제자리암 항암방사선약물치료비, 경계성종양 항암방사선약물치료비, 기타피부암 항암방사선약물치료비, 갑상선암 항암방사선약물치료비는 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “제자리암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “제자리암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

제자리암의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “경계성종양”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

경계성종양의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. (“항암방사선치료” 및 ”항암약물치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 항암방사선약물치료비(단, 제자리암 항암방사선약물치료비, 경계성종양 항암방사선약물치료비, 기타피부암 항암방사선약물치료비, 갑상선암 항암방사선약물치료비는 제외합니다)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

21 | 급성심근경색증진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 급성심근경색증으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 급성심근경색증진단비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
급성심근경색증진단비 (1회한)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
급성심근경색증진단비 (1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. ("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 "급성심근경색증"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. ("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증" 이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표 15】급성심근경색증 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야

합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
① 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

22 | 급성심근경색증수술비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 급성심근경색증으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 급성심근경색증수술비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
급성심근경색증 수술비	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
급성심근경색증수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증" 이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표 15】급성심근경색증 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.
2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
① 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가

진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

23 | 허혈심장질환입원일당II(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 입원 첫 날부터 입원1일당 다음과 같이 허혈심장질환입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
허혈심장질환 입원일당 (1일이상180일한도)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
허혈심장질환 입원일당(1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

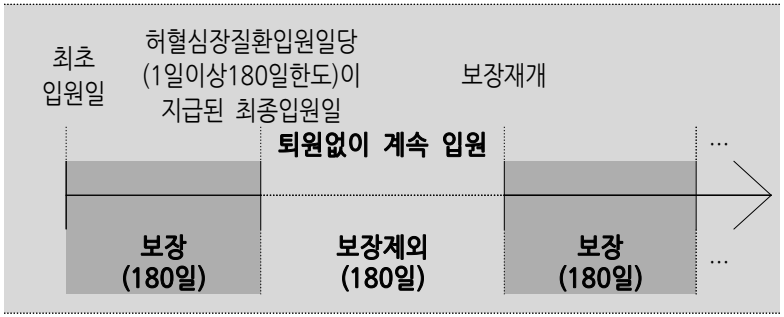
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 허혈심장질환입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 동일한 허혈심장질환의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 허혈심장질환의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 상기 2에도 불구하고 동일한 허혈심장질환에 대한 입원이라도 허혈심장질환입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 허혈심장질환입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 허혈심장질환입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험지식



4 1. (보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 1 및 2를 적용하여 허혈심장질환입원일당(1일이상180일한도)를 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 허혈심장질환입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("허혈심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈심장질환" 이라 함은 「허혈심장질환 분류표」(【별표27】허혈심장질환 분류표 참조)에서 정한 협심증, 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 기타 급성 허혈심장질환, 만성허혈심장병을 말합니다.

2 허혈심장질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증

을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.

자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

24 | 뇌졸중진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 뇌졸중으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 뇌졸중진단비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
뇌졸중진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
뇌졸중진단비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. ("뇌졸중"의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 "뇌졸중"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. ("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중" 이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표12】뇌졸중 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

2 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

25 | 뇌출혈진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 뇌출혈로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 뇌출혈진단비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
뇌출혈진단비 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
뇌출혈진단비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. ("뇌출혈"의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 "뇌출혈"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. ("뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “뇌출혈” 이라 함은 「뇌출혈 분류표」(【별표14】 뇌출혈 분류표 참조)에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈을 말합니다.

2 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 뇌출혈로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

26 | 뇌출혈수술비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌출혈로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 뇌출혈수술비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
뇌출혈수술비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
뇌출혈수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “뇌출혈” 이라 함은 「뇌출혈 분류표」(【별표14】 뇌출혈 분류표 참조)에서 정한 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈을 말합니다.

2 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자

격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 뇌출혈로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

27 | 뇌혈관질환입원일당II(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 입원 첫날부터 입원1일당 다음과 같이 뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
뇌혈관질환 입원일당 (1일이상180일한도)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
뇌혈관질환 입원일당(1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

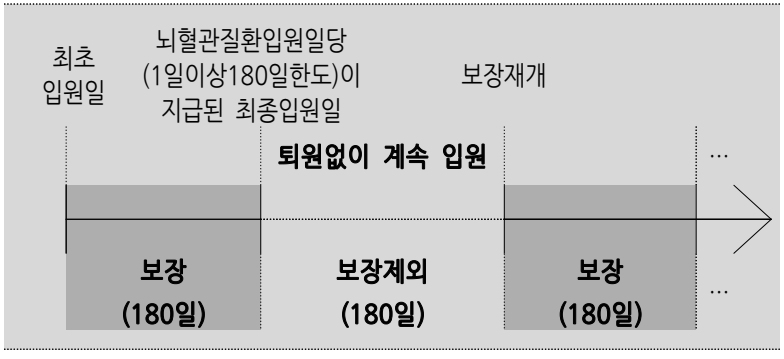
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 동일한 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 뇌혈관질환의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 상기 2에도 불구하고 동일한 뇌혈관질환에 대한 입원이라도 뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험지식



4 1. (보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 1 및 2를 적용하여 뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도)를 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 뇌혈관질환입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환" 이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표26】뇌혈관질환 분류표 참조)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애, 뇌혈관질환의 후유증을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.

자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

28 | 뇌혈관질환진단비II(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 뇌혈관질환으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 뇌혈관질환진단비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
뇌혈관질환진단비 (1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
뇌혈관질환진단비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중

에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. (“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 “뇌혈관질환”의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. (“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “뇌혈관질환” 이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표26】뇌혈관질환 분류표 참조)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애, 뇌혈관질환의 후유증을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

29 | 허혈심장질환진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 허혈심장질환으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 허혈심장질환진단비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
허혈심장질환진단비(1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
허혈심장질환진단비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. ("허혈심장질환"의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 "허혈심장질환"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 허혈심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. ("허혈심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈심장질환" 이라 함은 「허혈심장질환 분류표」(【별표27】 허혈심장질환 분류표 참조)에서 정한 협심증, 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 기타 급성 허혈심장질환, 만성허혈심장병을 말합니다.

2 "허혈심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 허혈심장질환진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

30 | 주요뇌혈관질환진단비II(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 주요뇌혈관질환으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 주요뇌혈관질환진단비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
주요뇌혈관질환진단비(1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
주요뇌혈관질환진단비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. ("주요뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 "주요뇌혈관질환"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 주요뇌혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. ("주요뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "주요뇌혈관질환" 이라 함은 「주요뇌혈관질환 분류표」(【별표31】주요뇌혈관질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 주요뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 주요뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 주요뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 주요뇌혈관질환진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

31 | 주요허혈심장질환진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 주요허혈심장질환으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 주요허혈심장질환진단비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
주요허혈심장질환 진단비(1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
주요허혈심장질환진단비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. ("주요허혈심장질환"의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 "주요허혈심장질환"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 주요허혈심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. ("주요허혈심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "주요허혈심장질환" 이라 함은 「주요허혈심장질환 분류표」(【별표32】주요허혈심장질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "주요허혈심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 주요허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 주요허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 주요허혈심장질환진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

32 | 7대기관수술비Ⅱ(최초1회한,관혈/비관혈)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보장의 범위)

이 특별약관은 다음의 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 7대기관수술비Ⅱ(최초1회한,관혈/비관혈)(5대기관)(맞춤간편고지)
2. 7대기관수술비Ⅱ(최초1회한,관혈/비관혈)(2대기관)(맞춤간편고지)

2. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 7대기관질환(뇌질환, 심장질환, 간질환, 폐질환, 신장질환, 소화기관질환 또는 담낭·담도및췌장질환)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 각각의 뇌질환, 심장질환, 간질환, 폐질환, 신장질환, 소화기관질환 또는 담낭·담도및췌장질환에 대하여 관혈수술, 비관혈수술을 각각 1회에 한하여 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

세부보장	구분	지급금액		
		수술	보험계약일로부터 90일미만	보험계약일로부터 90일이상~1년미만
7대기관수술비Ⅱ (최초1회한, 관혈/비관혈) (5대기관)	뇌질환, 심장질환 수술시 (각 질환별)	비관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 2.5%	세부보장 보험가입금액의 25%
		관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 5%	세부보장 보험가입금액의 50%
	간질환, 폐질환, 신장질환 수술시 (각 질환별)	비관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 12.5%	
		관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 25%	
7대기관수술비Ⅱ (최초1회한, 관혈/비관혈) (2대기관)	소화기관질환 수술시	비관혈수시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 25%	
		관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 50%	
	담낭·담도 및 췌장질환 수술시	비관혈수시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 25%	
		관혈수술시 (1회한)		

세부보장	구분	보험계약일로부터 1년이상	
		수술	지급금액
7대기관수술비Ⅱ (최초1회한, 관혈/비관혈) (5대기관)	뇌질환, 심장질환 수술시 (각 질환별)	비관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 50%
		관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 100%
	간질환, 폐질환, 신장질환 수술시 (각 질환별)	비관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 25%
		관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 50%
7대기관수술비Ⅱ (최초1회한, 관혈/비관혈) (2대기관)	소화기관질환 수술시	비관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 50%
		관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 100%
	담낭·담도 및 췌장질환 수술시	비관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 50%
		관혈수술시 (1회한)	

② 갱신형(갱신계약)의 경우

세부보장	구분	수술	지급금액
7대기관수술비Ⅱ (최초1회한, 관혈/비관혈) (5대기관)	뇌질환, 심장질환 수술시 (각 질환별)	비관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 50%
		관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 100%
	간질환, 폐질환, 신장질환 수술시 (각 질환별)	비관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 25%
		관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 50%
7대기관수술비Ⅱ (최초1회한, 관혈/비관혈) (2대기관)	소화기관질환 수술시	비관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 50%
		관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 100%
	담낭·담도 및 췌장질환 수술시	비관혈수술시 (1회한)	세부보장 보험가입금액의 50%
		관혈수술시 (1회한)	

2 위 1에서 동일한 7대기관질환을 직접적인 원인으로 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술비를 지급합니다. 단, 관혈수술비가 이미 지급되어 1회한도를 초과하는 경우에는 비관혈수술비를 지급하며, 비관혈수술비도 이미 지급되어 1회한도를 초과하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

4. ("7대기관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "7대기관질환"이라 함은 「7대기관질환 분류표」(【별표33】7대기관질환 분류표 참조)에서 정한 상병 또는 질병을 말합니다.

2 위 1의 "7대기관질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

5. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

2 2. (보험금의 지급사유)의 "비관혈수술"이라 함은 "내시경수술", "카테터수술", "신의료수술"을 말합니다.

① "내시경수술"이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 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, 질병의 직접치료를 목적으로 하는 “치료적 방사선 조사”를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.

3 2. (보험금의 지급사유)의 “관혈수술”이라 함은 위 2의 “비관혈수술” 이외의 수술 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

4 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

5 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 2. (보험금의 지급사유)에서 정한 각각의 7대기관질환에 대하여 관혈수술비 및 비관혈수술비에 해당하는 보험금을 지급한 경우에 각각에 대한 회사의 보장책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에 따라 각각의 7대기관질환에 대하여 관혈수술비 및 비관혈수술비에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 2에 따라 이 특별약관의 보장책임이 소멸되는 경우에는 회사는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4 위 2 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

33 | 뇌혈관질환수술비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 뇌혈관질환 수술비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
뇌혈관질환수술비	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
뇌혈관질환수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환" 이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표26】뇌혈관질환 분류표 참조)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애, 뇌혈관질환의 후유증을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱

신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

34 | 허혈심장질환수술비II(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 허혈심장질환수술비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
허혈심장질환수술비	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
허혈심장질환수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("허혈심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈심장질환" 이라 함은 「허혈심장질환 분류표」(【별표27】 허혈심장질환 분류표 참조)에서 정한 협심증, 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 기타 급성 허혈심장질환, 만성허혈심장병을 말합니다.

2 "허혈심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)

② 천자(穿刺) 등의 조치

③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

④ 미용성형 목적의 수술

⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?
- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

35 | 2대질병수술비Ⅱ(뇌혈관질환,허혈심장질환)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보장의 범위)

이 특별약관은 다음의 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 2대질병수술비Ⅱ(뇌혈관질환)(맞춤간편고지)
2. 2대질병수술비Ⅱ(허혈심장질환)(맞춤간편고지)

2. (보험금의 지급사유)

2-1. (보험금의 지급사유(2대질병수술비Ⅱ(뇌혈관질환)))

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 2대질병수술비Ⅱ(뇌혈관질환)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
2대질병수술비Ⅱ (뇌혈관질환)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
2대질병수술비Ⅱ(뇌혈관질환)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2-2. (보험금의 지급사유(2대질병수술비Ⅱ(허혈심장질환)))

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 2대질병수술비Ⅱ(허혈심장질환)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
2대질병수술비Ⅱ (허혈심장질환)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
2대질병수술비Ⅱ(허혈심장질환)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

4. ("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환" 이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표26】뇌혈관질환 분류표 참조)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애, 뇌혈관질환의 후유증을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

5. ("허혈심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈심장질환" 이라 함은 「허혈심장질환 분류표」(【별표27】 허혈심장질환 분류표 참조)에서 정한 협심증, 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 기타 급성 허혈심장질환, 만성허혈심장병을 말합니다.

2 "허혈심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

6. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의

원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

36 | 항암방사선치료비II(유사암포함)(치료당)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)으로 진단확정되고 그 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받았을 경우에는 치료 1회당 이 특별약관에 따라 다음에서 정한 각각의 구분에 따라 보험금을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액
제자리암 항암방사선치료비 (치료당)	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 10% 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 20%
경계성종양 항암방사선치료비 (치료당)	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 10% 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 20%
기타피부암 항암방사선치료비 (치료당)	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 10% 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 20%
갑상선암 항암방사선치료비 (치료당)	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 10% 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 20%
암(유사암제외) 항암방사선치료비 (치료당)	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 50% 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
제자리암 항암방사선치료비(치료당)	이 특별약관 보험가입금액의 20%
경계성종양 항암방사선치료비(치료당)	이 특별약관 보험가입금액의 20%
기타피부암 항암방사선치료비(치료당)	이 특별약관 보험가입금액의 20%
갑상선암 항암방사선치료비(치료당)	이 특별약관 보험가입금액의 20%
암(유사암제외) 항암방사선치료비(치료당)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

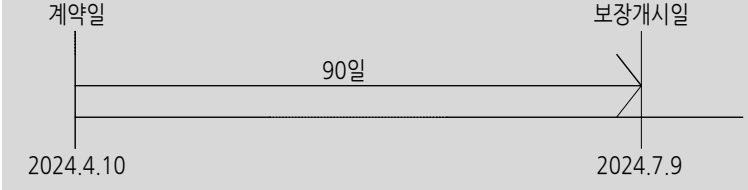
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 단, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 1.(보험금의 지급사유)의 항암방사선치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “제자리암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “제자리암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

제자리암의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “경계성종양”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(유사암 제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

경계성종양의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. (“항암방사선치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)을 말합니다.

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

37 | 항암약물치료비Ⅱ(유사암포함)(치료당)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보장의 범위)

이 특별약관은 다음의 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 항암약물치료비Ⅱ(유사암포함)(주사제)(입원당)(맞춤간편고지)
2. 항암약물치료비Ⅱ(유사암포함)(주사제)(통원당)(맞춤간편고지)
3. 항암약물치료비Ⅱ(유사암포함)(주사제외)(연간1회한)(맞춤간편고지)

2. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)으로 진단 확정되고 입원하여 그 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)의 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료(주사제)를 받았을 경우에는 이 특별약관에 따라 다음에서 정한 각각의 구분에 따라 입원 1회당 보험금을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
제자리암 항암약물치료비(주사제)(입원당)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	해당 세부보장 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년이상	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
경계성종양 항암약물치료비(주사제)(입원당)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	해당 세부보장 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년이상	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
기타피부암 항암약물치료비(주사제)(입원당)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	해당 세부보장 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년이상	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
갑상선암 항암약물치료비(주사제)(입원당)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	해당 세부보장 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년이상	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
암(유사암제외) 항암약물치료비(주사제)(입원당)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
제자리암 항암약물치료비(주사제) (입원당)	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
경계성종양 항암약물치료비(주사제) (입원당)	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
기타피부암 항암약물치료비(주사제) (입원당)	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
갑상선암 항암약물치료비(주사제) (입원당)	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
암(유사암제외) 항암약물치료비(주사제) (입원당)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

2 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)으로 진단 확정되고 통원하여 그 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)의 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료(주사제)를 받았을 경우에는 이 특별약관에 따라 다음에서 정한 각각의 구분에 따라 통원 1회당 보험금을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
제자리암 항암약물치료비(주사제) (통원당)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	해당 세부보장 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년이상	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
경계성종양 항암약물치료비(주사제) (통원당)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	해당 세부보장 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년이상	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
기타피부암 항암약물치료비(주사제) (통원당)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	해당 세부보장 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년이상	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
갑상선암 항암약물치료비(주사제) (통원당)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	해당 세부보장 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년이상	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
암(유사암제외) 항암약물치료비(주사제) (통원당)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
제자리암 항암약물치료비(주사제)(통원당)	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
경계성종양 항암약물치료비(주사제)(통원당)	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
기타피부암 항암약물치료비(주사제)(통원당)	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
갑상선암 항암약물치료비(주사제)(통원당)	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
암(유사암제외) 항암약물치료비(주사제)(통원당)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

3 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)으로 진단 확정되고 그 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)의 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료(주사제외)를 받았을 경우에는 이 특별약관에 따라 다음에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
제자리암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한)	보험계약일로부터 1년미만	해당 세부보장 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년이상	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
경계성종양 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한)	보험계약일로부터 1년미만	해당 세부보장 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년이상	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
기타피부암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한)	보험계약일로부터 1년미만	해당 세부보장 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년이상	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
갑상선암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한)	보험계약일로부터 1년미만	해당 세부보장 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년이상	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
암(유사암제외) 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한)	보험계약일로부터 1년미만	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
제자리암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한)	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
경계성종양 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한)	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
기타피부암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한)	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
갑상선암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한)	해당 세부보장 보험가입금액의 20%
암(유사암제외) 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

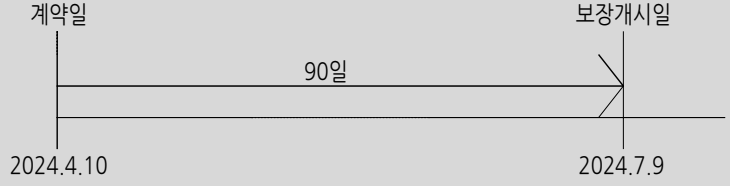
4 위 1 내지 3 에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



5 단, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

6 위 3의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

2 2.(보험금의 지급사유) 1의 입원은 피보험자가 퇴원없이 계속입원한 경우 입원일수 및 항암약물치료(주사제) 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

4. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」

(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

제자리암의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

경계성종양의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

7. ("항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료(주사제)"라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부 경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 사용한 "항암약물치료"를 말합니다.

3 이 특별약관에서 "항암약물치료(주사제외)"라 함은 2에서 정한 "항암약물치료(주사제)" 외의 "항암약물치료"를 말합니다.

8. ("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.

자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

9. ("통원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

10. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

11. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

12. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

13. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

14. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

38 | 계속받는비급여표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 이 특별약관에서 계속받는비급여표적항암약물허가치료비는 다음 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

① 비급여표적항암약물허가치료비Ⅱ(최초1회한)(맞춤간편고지)
② 비급여표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회한)(맞춤간편고지)

2 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후 암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여 표적항암약물허가치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 "계속받는비급여표적항암약물허가치료비"를 다음과 같이 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

보험계약일로부터 경과기간	계속받는비급여표적항암약물허가치료비	
	비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)	비급여표적항암약물허가치료비(연간1회한)
180일미만	보험가입금액의 20%	보험가입금액의 5%
180일~1년미만	보험가입금액의 40%	보험가입금액의 10%
1년이상	보험가입금액의 80%	보험가입금액의 20%

② 갱신형(갱신계약) 계약의 경우

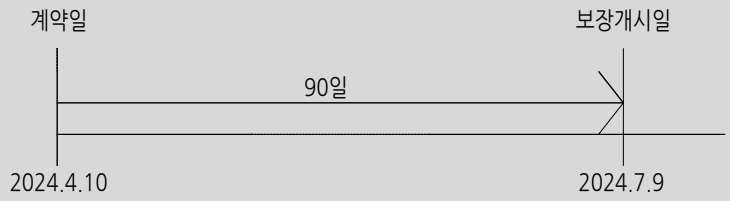
구분	비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)	비급여표적항암약물허가치료비(연간1회한)
계속받는표적항암약물허가치료비	보험가입금액의 80%	보험가입금액의 20%

3 위 2에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보장개시일
- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

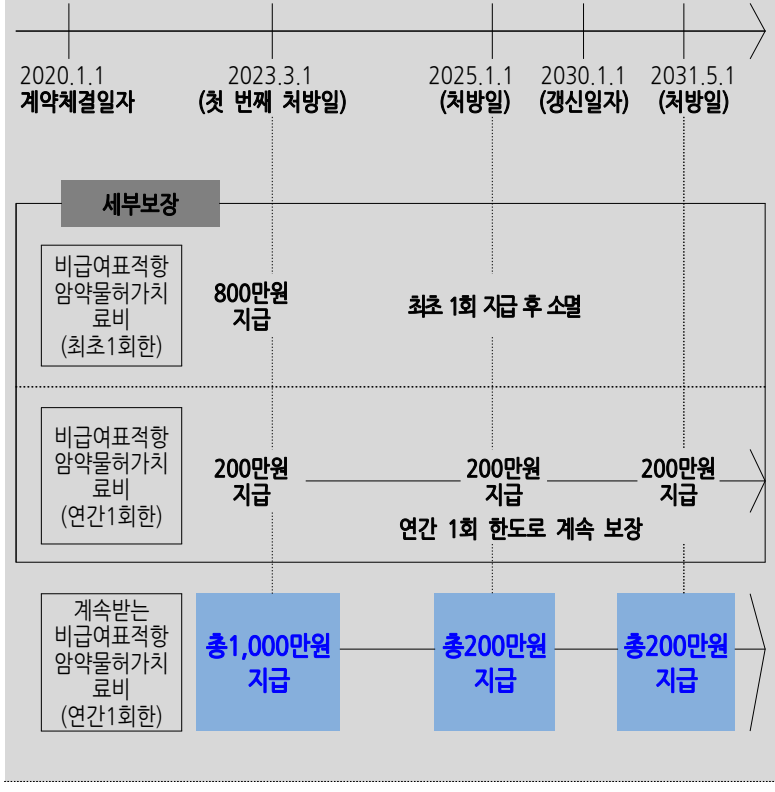


4 단, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

5 위 2의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 2. (보험금 지급에 관한 세부규정)의 2에서 정한 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.

용어 풀이

계속받는비급여표적항암약물허가치료비 보장예시 (가입금액 1,000만원 기준)



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 "계속받는비급여표적항암약물허가치료비"는 표적항암제가 식품의약품 안전처에서 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 표적항암제가 사용된 경우에는 보장합니다.

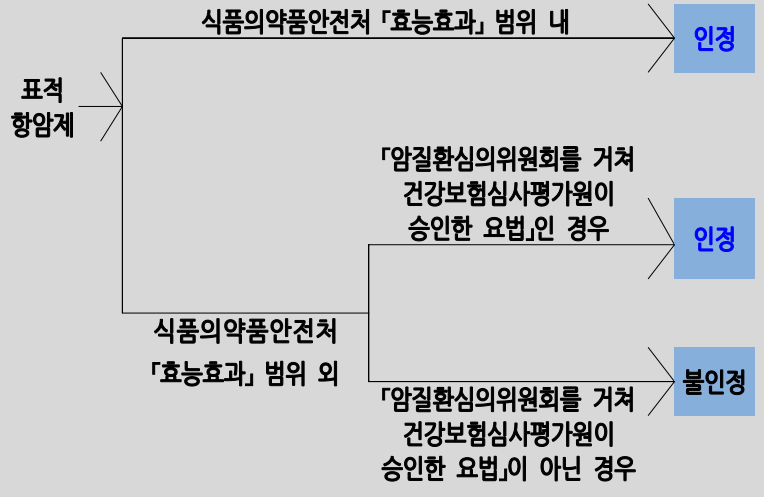
용어 풀이

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.

용어 풀이

표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위

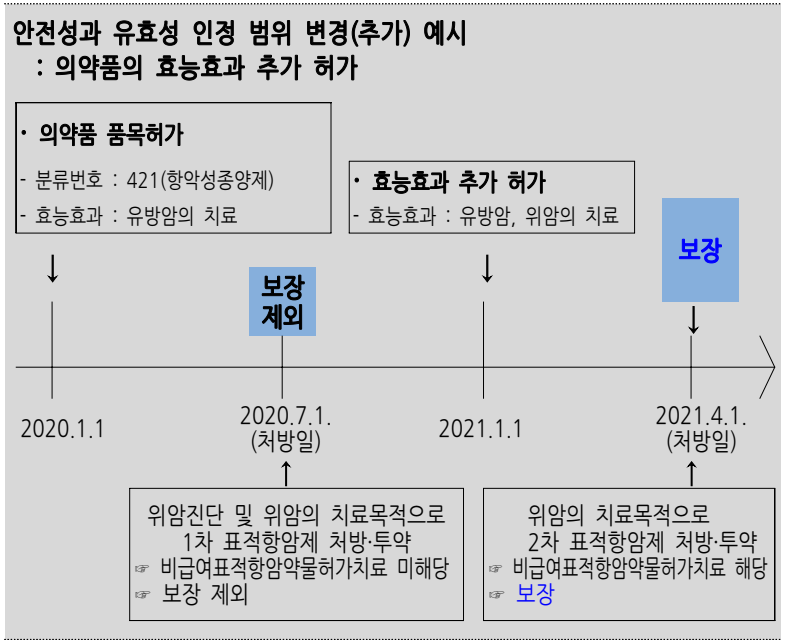


2 1. (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "비급여 표적항암약물허가치료를 받은 경우"는 비급여에 해당되는 "표적항암제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 약물이 투여되지 않은 경우에는 보장하지 않습니다.

3 5. ("표적항암제", "표적항암약물허가치료" 및 "비급여 표적항암약물허가치료"의 정의)의 3에서 정한 "안전성과 유효성인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 이후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 "안전성과 유효성 인정범위"를 적용합니다.

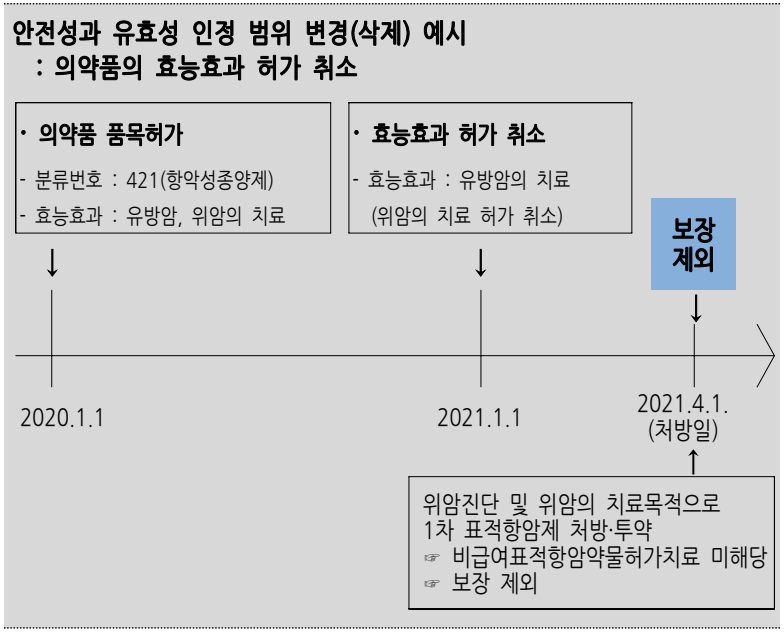
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



4 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

5 “암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)(단, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

6 위 5에 따른 “암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (“항암약물치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

5. (“표적항암제”, “표적항암약물허가치료” 및 “비급여 표적항암약물허가치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “표적항암제”라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’ (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 “표적항암제”의 범위에서 제외됩니다.

용어 풀이

호르몬 관련 치료제

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제재, 암세포에 있는 호르몬수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

〈표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내〉

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표40] 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 "항암약물치료" 중 「의료법」 제3조(의료기관) 에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 1에서 정한 "표적항암제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법

● 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
- 의약품 검색

● 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보
- 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 1에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

5 이 특약에 있어서 "비급여 표적항암약물허가치료"라 함은 2에서 정한 "표적항암약물허가치료" 중, 비급여 대상에 해당되는 치료를 말합니다.

6 5의 "비급여"라 함은 「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.

7 전액본인부담(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)은 급여에 해당하므로 "비급여"로 보지 않습니다.

6. (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

가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

ㄱ. 진단명

ㄴ. 투약한 약제의 제품명

ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환 심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
ㅁ. 급여적용여부
ㅂ. 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

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

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 세부보장 “비급여표적항암약물허가치료비Ⅱ(최초1회한)”를 지급한 경우 “비급여표적항암약물허가치료비Ⅱ(최초1회한)” 세부보장에 대한 회사의 보장책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 2에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

39 | 비급여표적항암약물허가치료비II(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후 암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여 표적항암약물허가치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 다음과 같이 비급여표적항암약물허가치료비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)	보험계약일로부터 180일미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
	보험계약일로부터 180일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약) 계약의 경우

구분	지급금액
비급여표적항암약물허가치료비(최초1회한)	이 특별약관의 보험가입금액

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

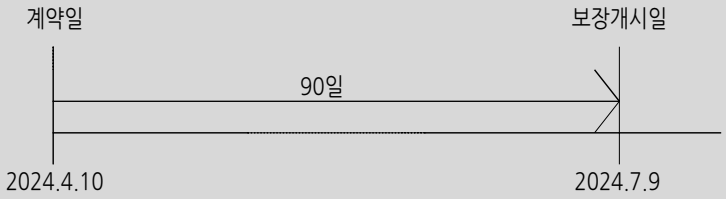
구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

3 단, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

예시

암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 비급여표적항암약물허가치료비는 표적항암제가 식품의약품 안전처에서 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 표적항암제가 사용된 경우에는 보장합니다.

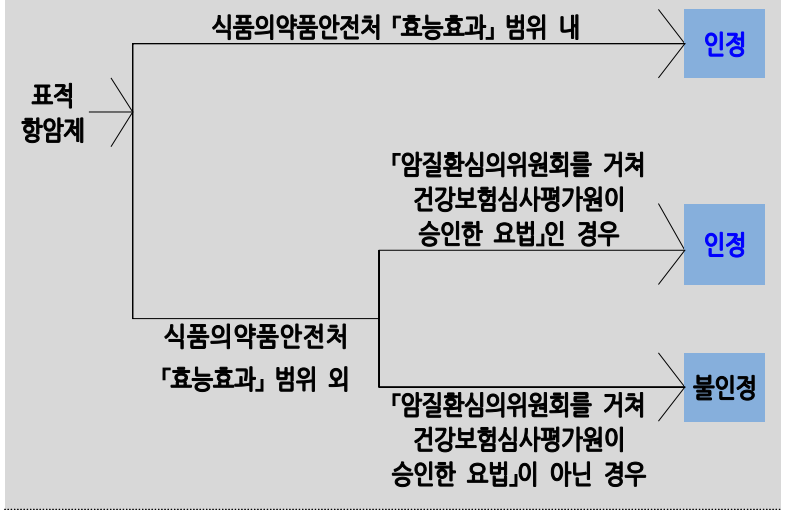
용어 풀이

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.

용어 풀이

표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위

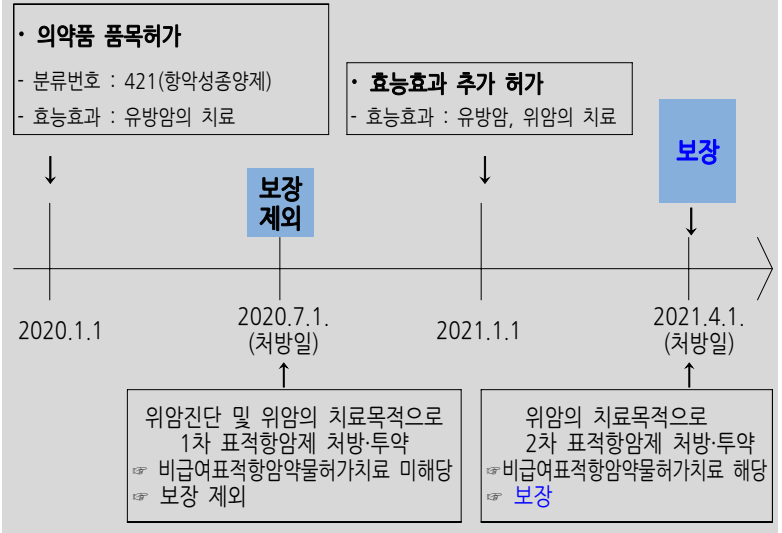


2 1. (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 중 "비급여 표적항암약물허가치료를 받은 경우"는 비급여에 해당되는 "표적항암제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 약물이 투여되지 않은 경우에는 보장하지 않습니다.

3 5. ("표적항암제", "표적항암약물허가치료" 및 "비급여 표적항암약물허가치료"의 정의)의 3에서 정한 "안전성과 유효성인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 이후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 "안전성과 유효성 인정범위"를 적용합니다.

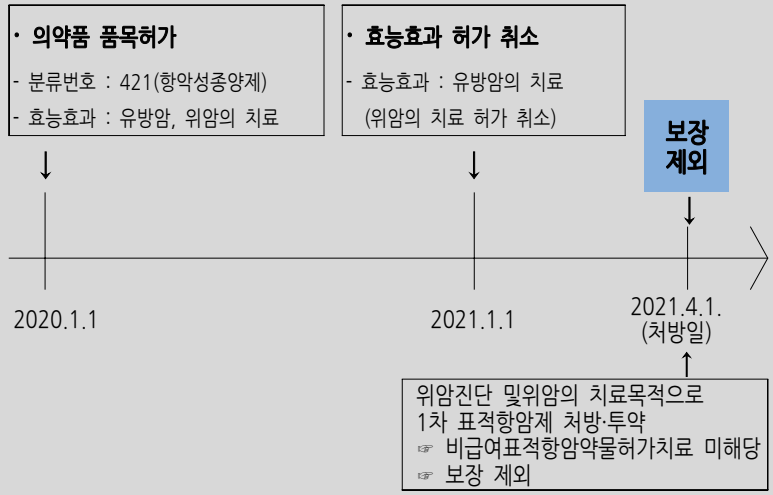
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



4 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

5. ("표적항암제", "표적항암약물허가치료" 및 "비급여 표적항암약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "표적항암제"라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 "표적항암제"의 범위에서 제외됩니다.

용어 풀이

호르몬 관련 치료제

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제재, 암세포에 있는 호르몬수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

〈표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내〉

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표40] 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 "항암약물치료" 중 「의료법」 제3조(의료기관) 에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 1에서 정한 "표적항암제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법

● 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
- 의약품 검색

● 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보
- 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 1에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

5 이 특약에 있어서 "비급여 표적항암약물허가치료"라 함은 2에서 정한 "표적항암약물허가치료" 중, 비급여 대상에 해당되는 치료를 말합니다.

6 5의 "비급여"라 함은 「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.

7 전액본인부담(100/100)(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)은 급여에 해당하므로 "비급여"로 보지 않습니다.

6. (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
가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
ㄱ. 진단명
ㄴ. 투약한 약제의 제품명
ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
ㅁ. 급여적용여부
ㅂ. 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견
나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

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

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(가타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유) 1에서 정한 비급여 표적항암약물허가치료비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

40 | 유사암수술비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 유사암수술비로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
유사암 수술비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
유사암 수술비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 “항암방사선치료” 및 “항암약물치료”는 유사암수술비 보험금이 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (“기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별

표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

3 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

4 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

5 위 3 및 4에 따른 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 "제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암"

의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

7. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

8. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

41 | 암수술비(유사암제외)(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(유사암 제외)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 암수술비(유사암제외)(1회한)로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
암(유사암제외) 수술시 (1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
암(유사암제외) 수술시 (1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

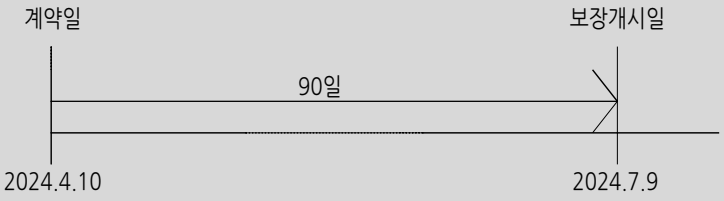
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암 제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 암수술비(유사암제외)(1회한) 보험금이 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암(유사암 제외)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암(유사암 제외)"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암(유사암제외)의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 "암(유사암제외)"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

6. (“항암약물치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암 제외)로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 암수술비(유사암제외)(1회한)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

42 | 계속받는항암방사선약물치료비II(유사암포함)(급여)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)으로 진단 확정되고 그 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)의 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받았을 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 급여 항암방사선 또는 급여 항암약물치료 중 먼저 발생한 치료에 대해서 연간1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액
제자리암 항암방사선약물치료비(급여)	경과기간: 보험계약일로부터 1년미만 → 이 특별약관 보험가입금액의 10% 경과기간: 보험계약일로부터 1년이상 → 이 특별약관 보험가입금액의 20%
경계성종양 항암방사선약물치료비(급여)	경과기간: 보험계약일로부터 1년미만 → 이 특별약관 보험가입금액의 10% 경과기간: 보험계약일로부터 1년이상 → 이 특별약관 보험가입금액의 20%
기타피부암 항암방사선약물치료비(급여)	경과기간: 보험계약일로부터 1년미만 → 이 특별약관 보험가입금액의 10% 경과기간: 보험계약일로부터 1년이상 → 이 특별약관 보험가입금액의 20%
갑상선암 항암방사선약물치료비(급여)	경과기간: 보험계약일로부터 1년미만 → 이 특별약관 보험가입금액의 10% 경과기간: 보험계약일로부터 1년이상 → 이 특별약관 보험가입금액의 20%
암(유사암제외) 항암방사선약물치료비(급여)	경과기간: 보험계약일로부터 1년미만 → 이 특별약관 보험가입금액의 50% 경과기간: 보험계약일로부터 1년이상 → 이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
제자리암 항암방사선약물치료비(급여)	이 특별약관 보험가입금액의 20%
경계성종양 항암방사선약물치료비(급여)	이 특별약관 보험가입금액의 20%
기타피부암 항암방사선약물치료비(급여)	이 특별약관 보험가입금액의 20%
갑상선암 항암방사선약물치료비(급여)	이 특별약관 보험가입금액의 20%
암(유사암제외) 항암방사선약물치료비(급여)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

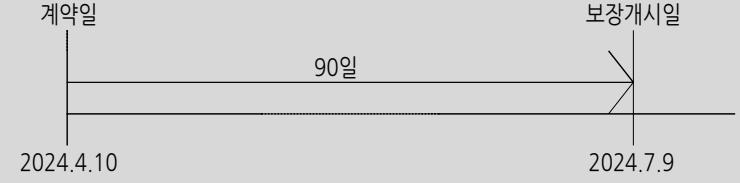
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 단, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

4 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기

간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “제자리암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “제자리암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

제자리암의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “경계성종양”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(유사암 제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

경계성종양의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. (“급여 항암방사선치료” 및 “급여 항암약물치료”의 정의)

1 이 계약에 있어서 “급여 항암방사선치료”라 함은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 해당하는 치료를 말하며, 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

2 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)을 말합니다.

3 이 계약에 있어서 “급여 항암약물치료”라 함은 보건복지부가 고시하는 「약제급여목록 및 급여상한금액표」에 해당하는 치료를 말하며, 개정에 따라 약제 분류코드가 변경되는 경우 개정된 기준을 적용합니다.

4 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

5 위 1 및 3에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 질병의 치료 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「약제급여목록 및 급여상한금액표」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「약제급여목록 및 급여상한금액표」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 질병의 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

7. (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)"필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

8. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

9. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

11. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

43 | 혈전용해치료비Ⅱ(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1-1. (보험금의 지급사유(혈전용해치료비Ⅱ(뇌경색증, I63)))

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 뇌경색증(I63)으로 진단확정되고, 뇌경색증(I63)의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 혈전용해치료비Ⅱ(뇌경색증, I63)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
혈전용해치료비Ⅱ (뇌경색증, I63)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
혈전용해치료비Ⅱ (뇌경색증, I63)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

1-2. (보험금의 지급사유(혈전용해치료비Ⅱ(급성심근경색증, I21)))

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 급성심근경색증(I21)으로 진단확정되고, 급성심근경색증(I21)의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 혈전용해치료비Ⅱ(급성심근경색증, I21)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
혈전용해치료비Ⅱ (급성심근경색증, I21)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
혈전용해치료비Ⅱ (급성심근경색증, I21)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("뇌경색증(I63)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌경색증(I63)"이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 I63(뇌경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.

2 뇌경색증(I63)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층

술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌경색증(I63)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 뇌경색증(I63)으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("급성심근경색증(I21)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증(I21)"이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 I21(급성심근경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.

2 "급성심근경색증(I21)"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 급성심근경색증(I21)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 급성심근경색증(I21)으로 확정되거나 추정되는 경우

5. ("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "뇌경색증(I63)" 및 "급성심근경색증(I21)"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 위 1에서 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 위 2에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 혈전용해치료비Ⅱ(뇌경색증, I63) 또는 혈전용해치료비Ⅱ(급성심근경색증, I21)에 해당하는 보험금을 지급한 경우에 각각에 대한 회사의 보장책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에 따라 혈전용해치료비Ⅱ(뇌경색증, I63), 혈전용해치료비Ⅱ(급성심근경색증, I21)에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 2에 따라 이 특별약관의 보장책임이 소멸되는 경우에 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4 위 2 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

44 | 질병수술비(매회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래와 같이 질병수술비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
질병수술비(매회지급)(맞춤간편고지)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병수술비(매회지급)(맞춤간편고지)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 질병수술비는 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술비를 지급합니다.

3 위 2에서 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.

용어 풀이

체간골 : '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 신체부위로 봅니다.

동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우 :
동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 함은 같은 수술실에서 수술 부위와 관계없이 시간적으로 연속하여 두 종류 이상의 수술을 받는 것을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래에 열거된 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

① 일반적인 질병(제자리암·경계성종양 포함) 치료목적의 수술
- ㉮ 치료목적의 유방절제술(Mammotomy)
- ㉯ 경질적 자궁, 난소, 난관 수술
- ㉰ 망막박리 수술
- ㉱ 레이저(Laser)에 의한 안구 수술
- ㉲ 냉동응고에 의한 안구 수술
- ㉳ 중이내 튜브유치술
- ㉴ 체외충격파쇄석술(E.S.W.L)
- ㉵ 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터 (Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술

② 악성신생물 치료목적의 수술
- ㉮ 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술
- ㉯ 기타 악성신생물수술(단, 관혈적 악성신생물 근치수술 및 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술 제외)

③ 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사
- ㉮ 악성신생물 근치 방사선 조사(단, 5,000Rad 이상의 조사를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(Stereotactic radiotherapy)를 포함함)
- ㉯ 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료

④ 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를

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

용어 풀이

관혈수술 : 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술

근치수술 : 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술

관혈적 악성신생물 근치수술 :
관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 수술

악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료 :
선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법

두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료 :
정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비는 보장하지 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 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.
① 정신 및 행동장애(F04~F99)
② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)이 보장개시일부터 2년이내에 발생한 경우
③ 피보험자가 임신, 출산, 산후기로 수술한 경우(O00~ O99)(단, 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)은 보상합니다.)
④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
⑤ 비만(E66)
⑥ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
⑦ 과잉포피, 포경 및 감돈포경, 음경의 기타 장애(N47~N48)

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

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으

로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

4 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

45 | 4대순환계질환진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보장의 범위)

이 특별약관은 다음의 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 4대순환계질환진단비Ⅱ(특정하지정맥류질환)(맞춤간편고지)
2. 4대순환계질환진단비Ⅱ(특정3대심장질환)(맞춤간편고지)

2. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 1. (보장의 범위)의 세부보장에 해당하는 질환으로 진단확정된 경우에는 각각 1회에 한하여 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

세부보장구분	경과기간	지급금액
4대순환계질환진단비Ⅱ (특정하지정맥류질환)(1회한) 4대순환계질환진단비Ⅱ (특정3대심장질환)(1회한)	보험계약일로부터 90일미만	각 세부보장 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	각 세부보장 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	각 세부보장 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

세부보장 구분	지급금액
4대순환계질환진단비Ⅱ (특정하지정맥류질환)(1회한) 4대순환계질환진단비Ⅱ (특정3대심장질환)(1회한)	각 세부보장 보험가입금액의 100%

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

4. ("4대순환계질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "4대순환계질환" 이라 함은 「4대순환계질환 분류표」(【별표56】4대순환계질환 분류표 참조)에서 정한 「특정하지정맥류질환」 및 「특정3대심장질환」 2개의 세부보장을 총칭합니다.

2 위 1의 「특정하지정맥류질환」이라 함은 「4대순환계질환 분류표」(【별표56】4대순환계질환 분류표 참조)에서 정한 궤양을 동반한 하지의 정맥류 및 궤양과 염증을 동반한 하지의 정맥류를 말합니다.

3 위 1의 「특정3대심장질환」이라 함은 「4대순환계질환」(【별표56】4대순환계질환 분류표 참조)에서 정한 인공소생에 성공한 심장정지, 부정맥 및 심부전을 말합니다.

4 위 2의 「특정하지정맥류질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 자기공명영상(MRI), 전산화단층촬영(CT), 혈관조영술, 혈관초음파검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「특정하지정맥류질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

5 위 3의 「특정3대심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정3대심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 「특정3대심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

5. (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(MRI, CT 및 혈관조영술, 초음파 검사결과지, 방사선판독지 등 기타 검사결과지 포함) 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 2. (보험금의 지급사유)에서 정한 각각의 세부보장에 해당하는 보험금을 지급한 경우에 각각 세부보장에 대한 회사의 보장책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 세부보장에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에 따라 세부보장에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 2에 따라 이 특별약관의 보장책임이 소멸되는 경우에 회사는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
4 위 2 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

46 | 다빈치로봇 암수술비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보장의 범위)

이 특별약관은 다음의 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 다빈치로봇 암수술비(연간1회한,특정암제외)(맞춤간편고지)
2. 다빈치로봇 암수술비(연간1회한,특정암)(맞춤간편고지)

2. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 1. (보장의 범위)의 세부보장에 해당하는 암(특정암제외) 또는 특정암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “다빈치로봇 암수술”을 받은 경우에는 각각 연간1회에 한하여 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

세부보장 구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
다빈치로봇 암수술비(연간1회한,특정암제외) 다빈치로봇 암수술비(연간1회한,특정암)	보험계약일로부터 90일미만	각 세부보장 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~180일미만	각 세부보장 보험가입금액의 25%
	보험계약일로부터 180일~1년미만	각 세부보장 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	각 세부보장 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

세부보장 구분	지급금액
다빈치로봇 암수술비 (연간1회한,특정암제외) 다빈치로봇 암수술비 (연간1회한,특정암)	각 세부보장 보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 다빈치로봇 암수술비 보험금이 지급되지 않습니다.

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

4. ("암(특정암제외)" 및 "특정암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(특정암제외)"라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전립선암, 갑상선암 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "특정암"이라 함은 전립선암 및 갑상선암을 말하며 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

3 이 특별약관에서 전립선암이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조) 중 분류번호 C61에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 갑상선암이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

6 위 5에 따른 "암(특정암제외)", "특정암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(특정암제외)", "특정암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

예시

"암(특정암제외)", "특정암"의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("다빈치로봇 암수술"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "다빈치로봇 암수술"이란 암(특정암제외) 및 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

수가코드	행위명
QZ961	로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinciⓡ

용어 풀이

다빈치로봇암수술

다빈치로봇암수술이란 암(특정암제외) 및 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. (내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

2 1에서 정의하는 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇 암수술"을 받은 것으로 봅니다.

3 1에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수의 개정에 따라 제1항 의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.

4 1에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇 암수술"과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

6. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암(특정암제외) 및 특정암"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 "암(특정암제외) 및 특정암"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

7. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

8. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

9. (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

10. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

11. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

47 | 다빈치로봇 특정수술비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 "다빈치로봇을 이용한 특정수술"을 받은 경우에는 세부 수술별(근치적 방광절제술 및 적출술, 신부분 절제술, 근치적 전립선 절제술)로 각각 연간 1회에 한하여 다음과 같이 다빈치로봇특정수술비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
다빈치로봇특정수술비 (연간1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
다빈치로봇특정수술비 (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "다빈치로봇을 이용한 특정수술"을 받은 날로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("다빈치로봇을 이용한 특정수술"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "다빈치로봇을 이용한 특정수술"이라 함은 "다빈치로봇을 이용한 수술" 중 아래의 수술에 해당하는 경우를 말합니다.
① 근치적 방광절제술 및 적출술(Radical Cystectomy)
② 신부분절제술(Partial Nephrectomy)
③ 근치적 전립선절제술(Radical Prostatectomy)
2 위 1의 "다빈치로봇을 이용한 수술"은 다음의 수가코드에 해당하는 수술을 말합니다. 다만, 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

수가코드	행위명
QZ961	로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinciⓡ

용어 풀이

다빈치로봇을 이용한 수술

다빈치로봇을 이용한 수술이란 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술과정의 전체 혹은 일부분을 다빈치로봇이 담당하는 수술을 말합니다.
(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치로봇 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

3 위 2의 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치로봇을 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇을 이용한 수술"을 받은 것으로 봅니다.
4 위 2에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇을 이용한 수술"에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
(예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

48 | 대상포진진단비II(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 대상포진으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 대상포진진단비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
대상포진진단비 (1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
대상포진진단비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (대상포진"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "대상포진"이라 함은 「대상포진 분류표」(【별표42】대상포진 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "대상포진"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

49 | 대상포진눈병진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 대상포진눈병으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 대상포진눈병진단비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
대상포진눈병진단비(1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
대상포진눈병진단비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (대상포진눈병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "대상포진눈병"이라 함은 「대상포진눈병 분류표」(【별표43】대상포진눈병 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "대상포진눈병"의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진눈병진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

50 | 통풍진단비II(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 통풍으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 통풍진단비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
통풍진단비 (1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
통풍진단비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("통풍"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "통풍" 이라 함은 「통풍 분류표」(【별표44】통풍 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 통풍을 말합니다.

2 통풍의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 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.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 통풍진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

51 | 주요장질환진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 주요장질환으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 주요장질환진단비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
주요장질환진단비 (1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
주요장질환진단비(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("주요장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "주요장질환" 이라 함은 「주요장질환 분류표」(【별표45】주요장질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 크론병(Crohn's Disease) 및 궤양성 대장염을 말합니다.

2 주요장질환의 진단 확정은 조직병리학적·방사선학적 검진과 함께 내시경 검사, 전산화단층촬영(CT scan)등에 근거하여 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 내과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "주요장질환"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 주요장질환진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

52 | 충수염(맹장염)수술비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 「충수염(맹장염)분류표」(【별표46】충수염(맹장염)분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 "충수염(맹장염)"으로 수술을 받는 경우 1회에 한하여 다음과 같이 충수염(맹장염)수술비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
충수염(맹장염)수술비(1회지급)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
충수염(맹장염)수술비(1회지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

② 위 ①에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

③ 위 ①의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

4. (특별약관의 소멸)

① 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 충수염(맹장염)수술비를 지급한 경우에

그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

53 | 여성요실금수술비(급여)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 요실금치료를 직접적인 목적으로 요실금수술(급여)을 받은 경우에는 연간 1회 한도로 다음과 같이 여성요실금수술비(급여)(연간1회한)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

<table>
<tr><th>구분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>여성요실금수술비(급여)
(연간1회한)</td><td>
<table>
<tr><th>경과기간</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>보험계약일로부터
1년미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액의
50%</td></tr>
<tr><td>보험계약일로부터
1년이상</td><td>이 특별약관 보험가입금액의
100%</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
여성요실금수술비(급여) (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("요실금" 및 "요실금수술(급여)"의 정의 및 진단확정)

1 "요실금"이라 함은 「요실금 분류표」(【별표49】요실금 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 위 1의 "요실금"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

3 "요실금수술(급여)"이라 함은 「요실금수술 대상 수가코드」(【별표50】요실금수술 대상 수가코드 참조)에 해당하는 수술을 말합니다. 다만, 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

4 위 3에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 질병의 수술 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 급여수술 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 질병의 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

5 위 3의 "요실금수술(급여)"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "요실금수술"항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?
- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 보험금 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(요실금수술 보험금의 경우 "건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)"필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우

보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

54 | 특정5대기관 양성신생물(폴립포함)수술비 (급여,연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 간, 갑상선 또는 남성/여성 생식기관의 양성신생물(폴립포함)치료를 직접적인 목적으로 5대기관 양성신생물 수술(급여)을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 다음과 같이 특정5대기관 양성신생물(폴립포함)수술비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
특정5대기관 양성신생물(폴립포함) 수술비(급여,연간1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
특정5대기관 양성신생물(폴립포함) 수술비(급여,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 “연간”이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(‘입원’을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하

며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("5대기관 양성신생물(폴립포함)", "5대기관 양성신생물(폴립포함) 수술(급여)"의 정의 및 진단확정)

1 "5대기관 양성신생물(폴립포함)"이라 함은 「5대기관 양성신생물(폴립포함) 분류표」(【별표51】5대기관 양성신생물(폴립포함) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 위 1의 "양성신생물(폴립포함)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "양성신생물(폴립포함)"로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3 "5대기관 양성신생물 수술(급여)"이라 함은 「5대기관 양성신생물 수술(급여) 대상 수가코드」(【별표52】5대기관 양성신생물(폴립포함) 수술(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 수술을 말합니다. 다만, 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

4 위 3에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 질병의 수술 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 급여수술 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 질병의 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

5 위 3의 "5대기관 양성신생물 수술(급여)"은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "5대기관 양성신생물 수술" 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 보험금 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(요실금수술 보험금의 경우 "건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)"필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

55 | 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 인하여 상급종합병원에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 다음과 같이 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분		지급금액
상급종합병원 질병입원일당 (1일이상180일한도)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

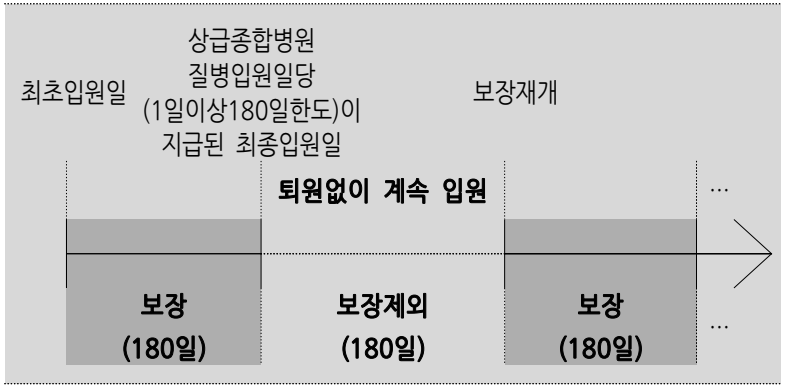
② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
상급종합병원 질병입원일당 (1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.
2 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.
3 위 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그다음 날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1. (보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

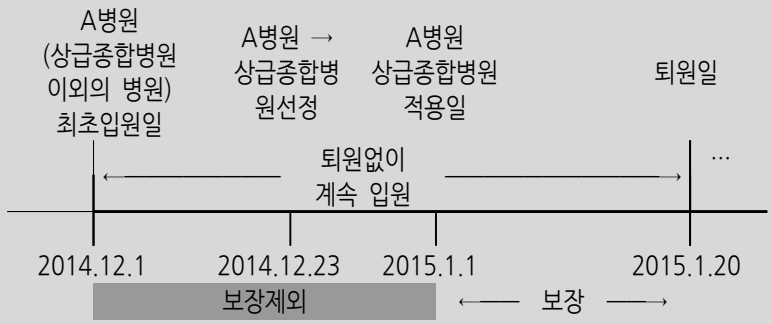
6 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

7 피보험자가 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

8 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우 상급종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

보험 지식

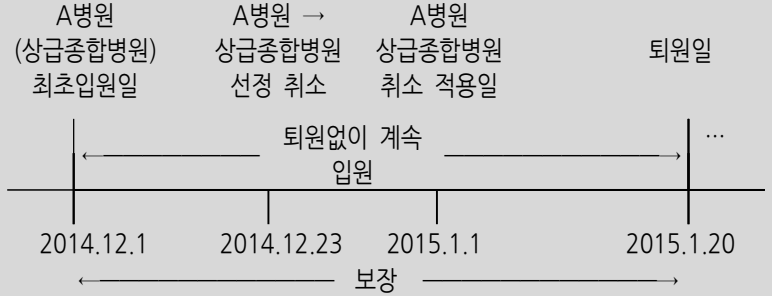
상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 보장예시



9 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

보험 지식

상급종합병원 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 보장예시



10 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
③ 성병
④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환
⑩ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑪ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
⑫ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원개시일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 입원"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이

있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

56 | 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 인하여 종합병원에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫 날부터 입원1일당 다음과 같이 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분		지급금액
종합병원 질병입원일당 (1일이상180일한도)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
종합병원 질병입원일당 (1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

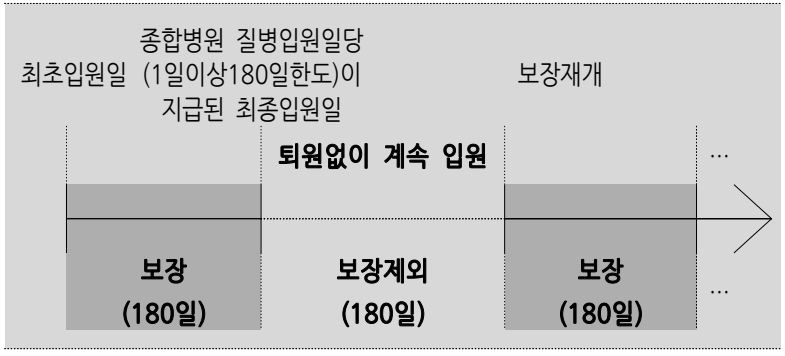
1 1. (보험금의 지급사유)의 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다. 이 경우 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 종합병원 질병입원일당(1일이상

180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그다음 날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1. (보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

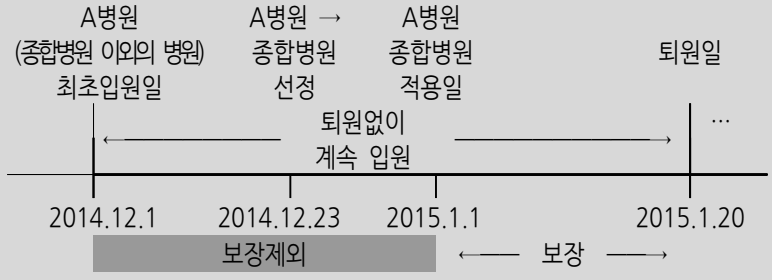
6 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

7 피보험자가 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)을 지급합니다.

8 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 경우 종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

보험 지식

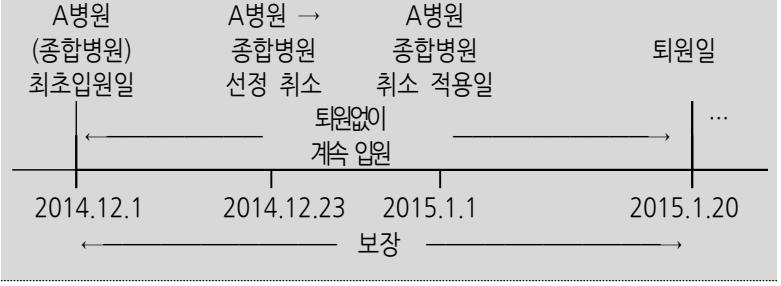
종합병원 이외의 병원 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우 보장예시



9 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 질병입원일당(1일이상180일한도)을 보장합니다.

보험 지식

종합병원 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우 보장예시



10 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
③ 성병
④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환
⑩ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑪ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
⑫ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원개시일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "종합병원 입원"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며,

특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

57 | 질병입원일당Ⅱ(요양병원)(환자분류체계별)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

이 특별약관은 다음의 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

57-1. 질병입원일당Ⅱ(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
57-2. 질병입원일당Ⅱ(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
57-3. 질병입원일당Ⅱ(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)
57-4. 질병입원일당Ⅱ(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)

57-1 질병입원일당Ⅱ(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병의 치료를 목적으로 「요양병원」에 "의료경도", "의료중도", "의료고도" 또는 "의료최고도" 환자로 1일이상 입원한 경우에는 입원첫날부터 입원 1일당 다음과 같이 질병입원일당(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분		지급금액
질병입원일당(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병입원일당(요양병원) (의료경도이상) (1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

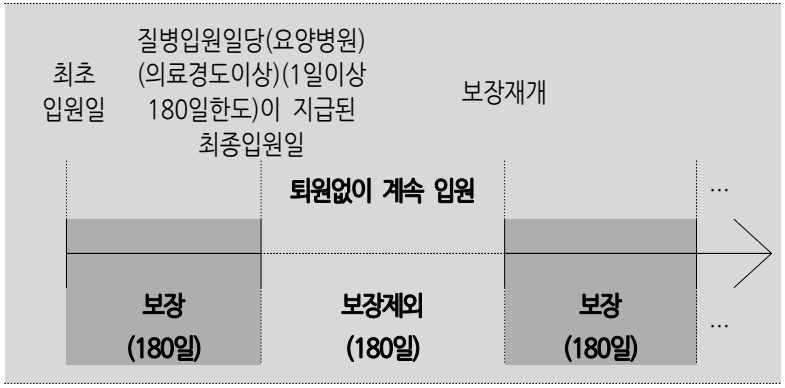
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 (동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 다른 요양병원으로 이전하여 입원한 경우를 포함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 상기 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 질병입원일당(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1.(보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 1 및 2를 적용하여 질병입원일당(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병입원일당(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 피보험자가 요양병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 6.("요양병원"의 정의)의 요양병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1.(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

7 피보험자가 6.("요양병원"의 정의)의 요양병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 요양병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1.(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(요양병원)(의료경도이상)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

8 피보험자가 4.("의료경도", "의료중도", "의료고도" 및 "의료최고도"의 정의)의 "의료경도", "의료중도", "의료고도" 및 "의료최고도" 환자로서 입원하여 치료를 받던 중 "의료경도", "의료중도", "의료고도" 및 "의료최고도" 환자 외에 다른 분류의 환자로서 입원하여 치료를 받거나 분류 미적용 환자로서 입원하여 치료를 받는 경우 "의료경도", "의료중도", "의료고도" 및 "의료최고도" 환자로서 입원한 날까지 질병입원일당(요양병원)(의료경도 이상)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

9 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
③ 성병
④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환
⑩ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑪ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
⑫ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. ("의료경도", "의료중도", "의료고도" 및 "의료최고도"의 정의)

1 이 특별약관에서 "의료경도", "의료중도", "의료고도" 및 "의료최고도"라 함은 요양병원 입원환자 분류체계에 따라 (【별표98】 요양병원 입원환자(의료경도 이상)분류표 참조) "수가코드"를 부여받고 "의료경도", "의료중도", "의료고도" 또는 "의료최고도"로 분류된 환자를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 위 1에 불구하고 이 특별약관은 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정에 따라 분류번호 또는 수가코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다.

3 위 1에 불구하고 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여판정이 변경되더라도 1.(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

5. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

6. ("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (입원증명서(수가코드 분류에 따른 입원기간 기입), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1의 ②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중

도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

57-2 질병입원일당II(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병의 치료를 목적으로 「요양병원」에 "의료중도", "의료고도" 또는 "의료최고도" 환자로 1일이상 입원한 경우에는 입원첫날부터 입원 1일당 다음과 같이 질병입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분		지급금액
질병입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

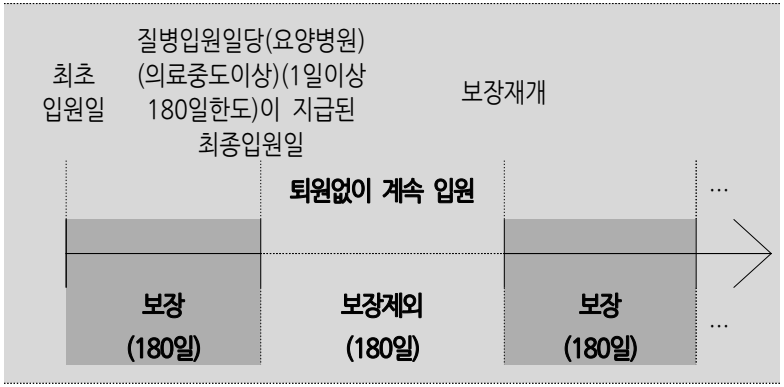
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 다른 요양병원으로 이전하여 입원한 경우를 포함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 상기 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 질병입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험지식



4 1.(보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 1 및 2를 적용하여 질병입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 피보험자가 요양병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 6.("요양병원"의 정의)의 요양병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1.(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

7 피보험자가 6.(“요양병원”의 정의)의 요양병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 요양병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1.(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(요양병원)(의료중도이상)(1일이상 180일한도)을 지급합니다.

8 피보험자가 4.(“의료중도”, “의료고도” 및 “의료최고도”의 정의)의 “의료중도”, “의료고도” 및 “의료최고도” 환자로서 입원하여 치료를 받던 중 “의료중도”, “의료고도” 및 “의료최고도” 환자 외에 다른 분류의 환자로서 입원하여 치료를 받거나 분류 미적용 환자로서 입원하여 치료를 받는 경우 “의료중도”, “의료고도” 및 “의료최고도” 환자로서 입원한 날까지 질병입원일당(요양병원)(의료중도 이상)(1일이상 180일한도)을 지급합니다.

9 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
③ 성병
④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환
⑩ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑪ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
⑫ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. (“의료중도”, “의료고도” 및 “의료최고도”의 정의)

1 이 특별약관에서 “의료중도”, “의료고도” 및 “의료최고도”라 함은 요양병원 입원환자 분류체계에 따라 (【별표99】 요양병원 입원환자(의료중도 이상)분류표 참조) “수가코드”를 부여받고 “의료중도”, “의료고도” 또는 “의료최고도”로 분류된 환자를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 위 1에 불구하고 이 특별약관은 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정에 따라 분류번호 또는 수가코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다.

3 위 1에 불구하고 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여판정이 변경되더라도 1.(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

5. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

6. (“요양병원”의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (입원증명서(수가코드 분류에 따른 입원기간 기입), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1의 ②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

57-3 질병입원일당II(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병의 치료를 목적으로 「요양병원」에 "의료고도" 또는 "의료최고도" 환자로 1일이상 입원한 경우에는 입원첫날부터 입원 1일당 다음과 같이 질병입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분		지급금액
질병입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

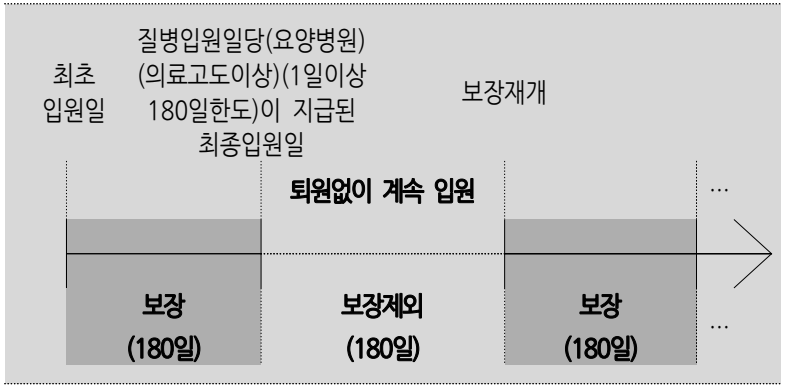
② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
2 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 (동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 다른 요양병원으로 이전하여 입원한 경우를 포함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.
3 상기 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 질병입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1.(보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 1 및 2를 적용하여 질병입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 피보험자가 요양병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 6.("요양병원"의 정의)의 요양병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1.(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

7 피보험자가 6.("요양병원"의 정의)의 요양병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 요양병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1.(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(요양병원)(의료고도이상)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

8 피보험자가 4.("의료고도" 및 "의료최고도"의 정의)의 "의료고도" 및 "의료최고도" 환자로서 입원하여 치료를 받던 중 "의료고도" 및 "의료최고도" 환자 외에 다른 분류의 환자로서 입원하여 치료를 받거나 분류 미적용 환자로서 입원하여 치료를 받는 경우 "의료고도" 및 "의료최고도" 환자로서 입원한 날까지 질병입원일당(요양병원)(의료고도 이상)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

9 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
③ 성병
④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환
⑩ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑪ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
⑫ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. ("의료고도" 및 "의료최고도"의 정의)

1 이 특별약관에서 "의료고도" 및 "의료최고도"라 함은 요양병원 입원환자 분류체계에 따라 (【별표100】 요양병원 입원환자(의료고도 이상)분류표 참조) "수가코드"를 부여받고 "의료고도" 또는 "의료최고도"로 분류된 환자를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 위 1에 불구하고 이 특별약관은 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정에 따라 분류번호 또는 수가코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다.

3 위 1에 불구하고 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여판정이 변경되더라도 1.(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

5. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

6. ("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (입원증명서(수가코드 분류에 따른 입원기간 기입), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 위 1의 ②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

57-4 질병입원일당II(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병의 치료를 목적으로 「요양병원」에 "의료최고도" 환자로 1일이상 입원한 경우에는 입원첫날부터 입원 1일당 다음과 같이 질병입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)를 지급합니다.
① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분		지급금액
질병입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

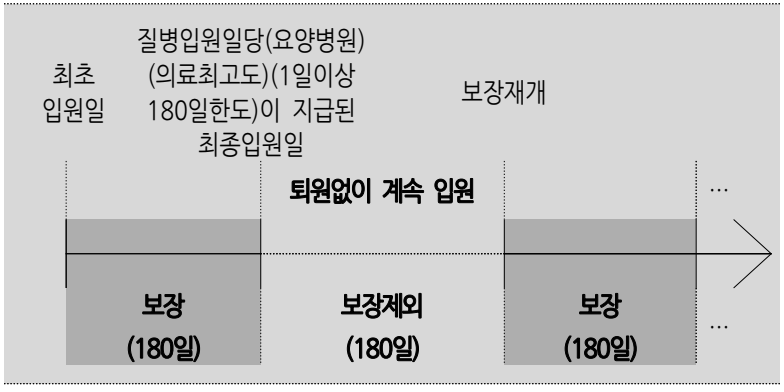
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 (동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 다른 요양병원으로 이전하여 입원한 경우를 포함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 상기 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 질병입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1.(보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 1 및 2를 적용하여 질병입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 피보험자가 요양병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 6.("요양병원"의 정의)의 요양병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1.(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

7 피보험자가 6.("요양병원"의 정의)의 요양병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 요양병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1.(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

8 피보험자가 4.("의료최고도"의 정의)의 "의료최고도" 환자로서 입원하여 치료를 받던 중 "의료최고도" 환자 외에 다른 분류의 환자로서 입원하여 치료를 받거나 분류 미적용 환자로서 입원하여 치료를 받는 경우 "의료최고도" 환자로서 입원한 날까지 질병입원일당(요양병원)(의료최고도)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

9 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를

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

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
③ 성병
④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환
⑩ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑪ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
⑫ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. ("의료최고도"의 정의)

1 이 특별약관에서 "의료최고도"라 함은 요양병원 입원환자 분류체계에 따라 (【별표 101】 요양병원 입원환자(의료최고도)분류표 참조) "수가코드"를 부여받고 "의료최고도"로 분류된 환자를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

2 위 1에 불구하고 이 특별약관은 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정에 따라 분류번호 또는 수가코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 따릅니다.

3 위 1에 불구하고 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여판정이 변경되더라도 1.(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

5. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

6. ("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (입원증명서(수가코드 분류에 따른 입원기간 기입), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1의 ②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

58 | 7대기관수술비Ⅱ(연간1회한,관혈/비관혈)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보장의 범위)

이 특별약관은 다음의 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 7대기관수술비Ⅱ(연간1회한,관혈/비관혈)(5대기관)(맞춤간편고지)
2. 7대기관수술비Ⅱ(연간1회한,관혈/비관혈)(2대기관)(맞춤간편고지)

2. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 7대기관질환(뇌질환, 심장질환, 간질환, 폐질환, 신장질환, 소화기관질환 또는 담낭·담도및췌장질환)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 각각의 뇌질환, 심장질환, 간질환, 폐질환, 신장질환, 소화기관질환 또는 담낭·담도및췌장질환에 대하여 관혈수술, 비관혈수술을 각각 연간1회에 한하여 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

세부보장	구분	지급금액		
		수술	보험계약일로부터 90일미만	보험계약일로부터 90일이상~1년미만
7대기관수술비Ⅱ(연간1회한,관혈/비관혈)(5대기관)	뇌질환, 심장질환 수술시 (각 질환별)	비관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 2.5%	세부보장 보험가입금액의 25%
		관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 5%	세부보장 보험가입금액의 50%
	간질환, 폐질환, 신장질환 수술시 (각 질환별)	비관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 12.5%	
		관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 25%	
7대기관수술비Ⅱ(연간1회한,관혈/비관혈)(2대기관)	소화기관질환 수술시	비관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 25%	
		관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 50%	
	담낭·담도 및 췌장질환 수술시	비관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 25%	
		관혈수술시 (연간1회한)		

세부보장	구분	보험계약일로부터 1년이상	
		수술	지급금액
7대기관수술비Ⅱ (연간1회한, 관혈/비관혈) (5대기관)	뇌질환, 심장질환 수술시 (각 질환별)	비관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 50%
		관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 100%
	간질환, 폐질환, 신장질환 수술시 (각 질환별)	비관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 25%
		관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 50%
7대기관수술비Ⅱ (연간1회한, 관혈/비관혈) (2대기관)	소화기관질환 수술시	비관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 50%
		관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 100%
	담낭·담도 및 췌장질환 수술시	비관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 50%
		관혈수술시 (연간1회한)	

② 갱신형(갱신계약)의 경우

세부보장	구분	수술	지급금액
7대기관수술비Ⅱ (연간1회한, 관혈/비관혈) (5대기관)	뇌질환, 심장질환 수술시 (각 질환별)	비관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 50%
		관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 100%
	간질환, 폐질환, 신장질환 수술시 (각 질환별)	비관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 25%
		관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 50%
7대기관수술비Ⅱ (연간1회한, 관혈/비관혈) (2대기관)	소화기관질환 수술시	비관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 50%
		관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 100%
	담낭·담도 및 췌장질환 수술시	비관혈수술시 (연간1회한)	세부보장 보험가입금액의 50%
		관혈수술시 (연간1회한)	

2 위 1의 “연간”이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(‘입원’을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

3 위 1에서 동일한 7대기관질환을 직접적인 원인으로 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술비를 지급합니다. 단, 관혈수술이 연간1회한도를 초과하는 경우에는 비관혈수술비를 지급하며, 비관혈수술도 연간1회한도를 초과하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

보험 지식

7대기관수술비(연간1회한,관혈/비관혈) 보장 예시

가입예시 • 최초계약의 계약일 : 2017년 1월 1일
• 연간 : 매년 1월 1일부터 12월 31일

(사례1) 2. (보험금의 지급사유) ①의 보상 예시

뇌질환A(I60)를 원인으로 관혈수술 4.15일, 비관혈수술 4.30일 시행시
뇌질환B(I64)를 원인으로 관혈수술 6.15일, 비관혈수술 6.30일 시행시
→ **뇌질환A(I60) 관혈수술 4.15일 : 지급, 비관혈수술 4.30일 : 지급**
→ **뇌질환A(I64)** 관혈수술 6.15일 : 부지급, 비관혈수술 6.30일 : 부지급

(사례2) 2. (보험금의 지급사유) ③의 보상 예시

뇌질환A(I60)를 원인으로 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 4.15일 시행시
뇌질환B(I64)를 원인으로 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 6.15일 시행시
뇌질환C(I65)를 원인으로 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 8.15일 시행시

→ **뇌질환A(I60) 관혈수술 4.15일 : 지급,** 비관혈수술 4.15일 : 부지급
뇌질환B(I64) 관혈수술 6.15일 : 부지급, **비관혈수술 6.15일 : 지급**
뇌질환C(I65) 관혈수술 8.15일 : 부지급, 비관혈수술 8.15일 : 부지급

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

4. ("7대기관질환"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "7대기관질환"이라 함은 「7대기관질환 분류표」(【별표33】7대기관질환 분류표 참조)에서 정한 상병 또는 질병을 말합니다.

② 위 ①의 "7대기관질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

5. ("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
(예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

② 2. (보험금의 지급사유)의 "비관혈수술"이라 함은 "내시경수술", "카테터수술", "신의료수술"을 말합니다.

① "내시경수술"이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 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, 질병의 직접치료를 목적으로 하는 “치료적 방사선 조사”를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.

3 2. (보험금의 지급사유)의 “관혈수술”이라 함은 위 2의 “비관혈수술” 이외의 수술 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

4 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

5 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

59 | 주요심·뇌·5대혈관 수술비II(맞춤간편고지) (비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 주요심·뇌·5대혈관의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 주요심·뇌·5대혈관 수술비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
심장질환 수술시 뇌혈관질환 수술시	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%
5대혈관질환 수술시	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 0.5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 10%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
심장질환 수술시 뇌혈관질환 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 100%
5대혈관질환 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 10%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("주요심·뇌·5대혈관"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "주요심·뇌·5대혈관"이라 함은 「주요심·뇌·5대혈관 분류표」(【별표55】 주요심·뇌·5대혈관 분류표 참조)에서 정한 심장질환, 뇌혈관질환, 5대혈관질환을 말합니다.
① 위 1에서의 "심장질환"이라 함은 심장질환으로 분류되는 질병(주요심·뇌·5대혈관 분류표 중 심장질환 참조)을 말합니다.
② 위 1에서의 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관 질환으로 분류되는 질병(주요심·뇌·5대혈관 분류표 중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다.
③ 위 1에서의 "5대혈관질환"이라 함은 폐성 심장병 및 폐순환의 질환, 죽상경화증, 대동맥 동맥류 및 박리, 식도정맥류, 위정맥류로 분류되는 질병(주요심·뇌·5대혈관 분류표 중 5대혈관질환 참조)을 말합니다.

2 위 1의 "주요심·뇌·5대혈관"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

3 위 1의 "심장질환"의 진단확정은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하고, 위 1의 "뇌혈관질환"의 진단확정은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

4 위 1의 "5대혈관질환"의 진단확정은 병력 · 증상과 함께 심전도, 심장초음파, 내시경검사, 대동맥조영술(aortography), 전산화단층촬영(CT) 및 자기공명영상법(MRI) 등 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다.

5 2 내지 4에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
① 보험기간 중 주요심·뇌·5대혈관으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 주요심·뇌·5대혈관으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

60 | 심장질환(특정Ⅰ)진단비Ⅱ(맞춤간편고지) (비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 심장질환(특정Ⅰ)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 다음과 같이 심장질환(특정Ⅰ)진단비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
심장질환(특정Ⅰ) (1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
심장질환(특정Ⅰ)(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
2 피보험자가 3. ("심장질환(특정Ⅰ)"의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 "심장질환(특정Ⅰ)"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정Ⅰ)진단비를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. ("심장질환(특정Ⅰ)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "심장질환(특정Ⅰ)" 이라 함은 「심장질환(특정Ⅰ) 분류표」(별표18)심장질환(특정Ⅰ) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.
2 심장질환(특정Ⅰ)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전

도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전선화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "심장질환(특정Ⅰ)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 심장질환(특정Ⅰ)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 심장질환(특정Ⅰ)으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유) 1에서 정한 심장질환(특정Ⅰ)진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

61 | 심장질환(특정Ⅱ)진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 심장질환(특정Ⅱ)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 다음과 같이 심장질환(특정Ⅱ)진단비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
심장질환(특정Ⅱ)(1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
심장질환(특정Ⅱ)(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. ("심장질환(특정Ⅱ)"의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 "심장질환(특정Ⅱ)"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정Ⅱ)진단비를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. ("심장질환(특정Ⅱ)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "심장질환(특정Ⅱ)" 이라 함은 「심장질환(특정Ⅱ) 분류표」(【별표19】심장질환(특정Ⅱ) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 심장질환(특정Ⅱ)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또

는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전선화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "심장질환(특정Ⅱ)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 심장질환(특정Ⅱ)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 심장질환(특정Ⅱ)으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유) 1에서 정한 심장질환(특정Ⅱ)진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

62 | 심장질환(특정Ⅲ)진단비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 심장질환(특정Ⅲ)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 다음과 같이 심장질환(특정Ⅲ)진단비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
심장질환(특정Ⅲ) (1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
심장질환(특정Ⅲ)(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. ("심장질환(특정Ⅲ)"의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 "심장질환(특정Ⅲ)"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 심장질환(특정Ⅲ)진단비를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. ("심장질환(특정Ⅲ)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "심장질환(특정Ⅲ)" 이라 함은 「심장질환(특정Ⅲ) 분류표」(【별표20】심장질환(특정Ⅲ) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 심장질환(특정Ⅲ)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전선화단층촬영(CT), 양전자방출단층술(PET), 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "심장질환(특정Ⅲ)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 심장질환(특정Ⅲ)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 심장질환(특정Ⅲ)으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유) 1에서 정한 심장질환(특정Ⅲ)진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

63 | 갑상선암호르몬약물허가치료비Ⅱ(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 "갑상선암"으로 진단 확정되고 그 "갑상선암"의 수술 후 "갑상선암호르몬약물허가치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한해 다음와 같이 갑상선암호르몬약물허가치료비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

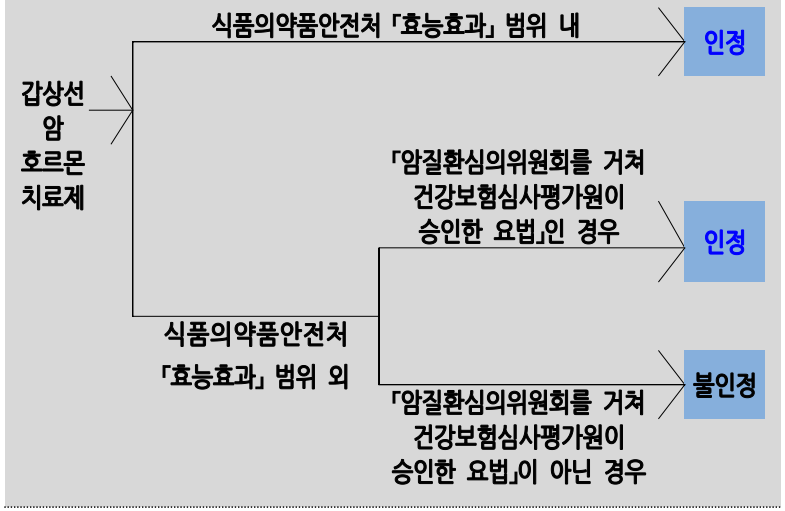
구분	지급금액
갑상선암호르몬약물허가치료비(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 갑상선암호르몬약물허가치료비는 "갑상선암호르몬치료제"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.

용어 풀이

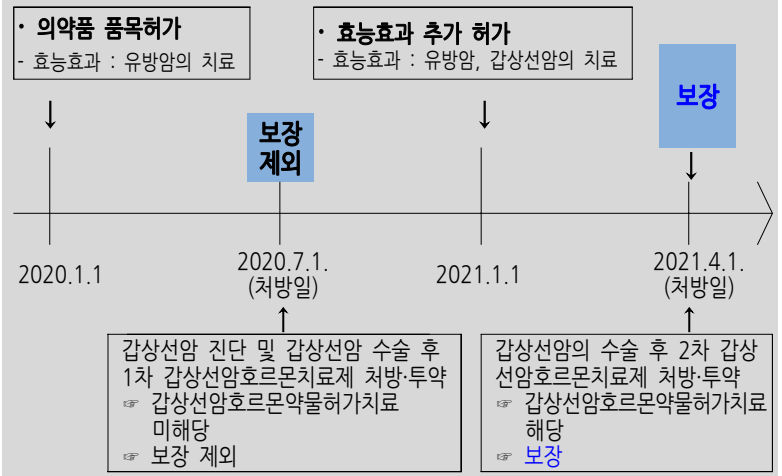
갑상선암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위



2 1. (보험금의 지급사유)의 "갑상선암호르몬약물허가치료"를 받은 경우라 함은 "갑상선암호르몬치료제"를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 4. (갑상선암호르몬치료제 및 갑상선암호르몬약물허가치료의 정의) 3에서 정한 "안정성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안정성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

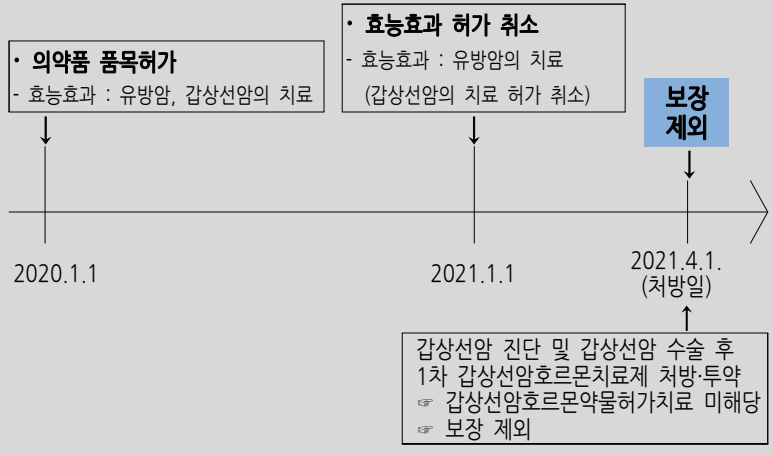
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



3 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

2 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

3 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("갑상선암호르몬치료제" 및 "갑상선암호르몬약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "갑상선암호르몬치료제"라 함은 갑상선암수술 후 갑상선자극호르몬을 억제하기 위해 사용되는 갑상선암호르몬치료제로 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행속도를 늦추기 위한 호르몬 관련 약제를 말합니다.

보험 지식

갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내

갑상선암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 갑상선암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표35】(갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암호르몬약물치료"라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "갑상선암" 수술 후 치료 또는 재발 방지 목적으로 1에서 정한 "갑상선암호르몬치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여한 경우를 말합니다.

3 위 2의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

"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 "갑상선암호르몬치료제"의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 위 1에서 정한 "갑상선암호르몬치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

5. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 갑상선암의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
(예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

6. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

7. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투

여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

8. (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 갑상선암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 갑상선암호르몬약물허가치료 진단서 또는 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      ㄱ. 진단명
      ㄴ. 투약한 약제의 제품명
      ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 위 ①.②의 정한 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외희 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

9. (특별약관의 소멸)

① 회사가 1. (보험금의 지급사유) ①에서 정한 갑상선암호르몬약물허가치료비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 위 ① 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) ② 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

64 | 질병후유장해II(3~100%)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 장해분류표(【별표1】장해분류표 참조)에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때 다음과 같이 질병후유장해Ⅱ(3~100%)보험금을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

<table>
<tr><th>구분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>질병후유장해Ⅱ
(3~100%)</td><td>
<table>
<tr><th>경과기간</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>보험계약일로부터
180일미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액에
장해지급률을 곱하여 산출한 금액의
5%</td></tr>
<tr><td>보험계약일로부터
180일~1년미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액에
장해지급률을 곱하여 산출한 금액의
50%</td></tr>
<tr><td>보험계약일로부터
1년이상</td><td>이 특별약관 보험가입금액에
장해지급률을 곱하여 산출한 금액의
100%</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병후유장해Ⅱ (3~100%)	이 특별약관 보험가입금액에 장해지급률을 곱하여 산출한 금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】장해분류표 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

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

4 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

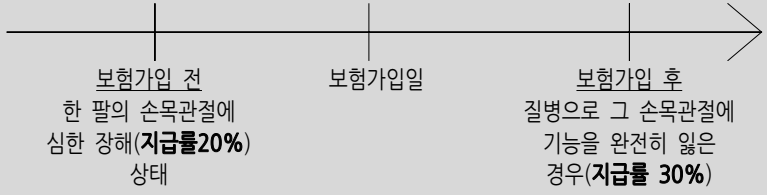
7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 6에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

8 회사가 지급하여야 할 동일한 질병으로 인한 질병후유장해Ⅱ(3~100%)보험금은 질병후유장해Ⅱ(3~100%) 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

예시

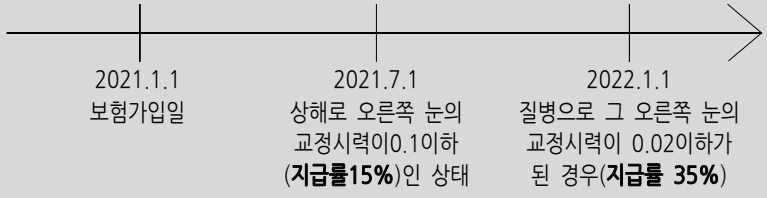
보험금 지급 예시

①



→ 질병로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 **10%(=30%-20%)**에 해당하는 후유장해보험금을 지급

②



→ 장해지급률 35%에서 상해로 인한 장해지급률 15%를 뺀 **20%(=35%-15%)**에 해당하는 후유장해보험금을 지급

3. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

4. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

65 | 순환계질환진단비Ⅱ(2~5종)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 순환계질환(2~5종)으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환진단비Ⅱ(2~5종)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
순환계질환진단비Ⅱ(2-5종)(1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환진단비Ⅱ(2-5종)(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. (“순환계질환(2~5종)”의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 “순환계질환(2~5종)”의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 순환계질환진단비Ⅱ(2~5종)를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. (“순환계질환(2~5종)”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “순환계질환(2~5종)” 이라 함은 「순환계질환 분류표」(【별표6】순환계질환 분류표 참조)에서 정한 2 내지 5종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(2~5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 순환계질환(2종 및 3종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하며, 순환계질환(4종 및 5종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 “순환계질환(2~5종)”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 “순환계질환(2~5종)”으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 순환계질환진단비Ⅱ(2~5종)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

66 | 순환계질환진단비Ⅱ(3~5종)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 순환계질환(3~5종)으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환진단비Ⅱ(3~5종)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
순환계질환진단비Ⅱ(3-5종)(1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환진단비Ⅱ(3-5종)(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. (“순환계질환(3~5종)”의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 “순환계질환(3~5종)”의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 순환계질환진단비Ⅱ(3~5종)를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. (“순환계질환(3~5종)”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “순환계질환(3~5종)” 이라 함은 「순환계질환 분류표」(【별표6】순환계질환 분류표 참조)에서 정한 3 내지 5종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(3~5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 순환계질환(3종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하며, 순환계질환(4종 및 5종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 “순환계질환(3~5종)”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 “순환계질환(3~5종)”으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 순환계질환진단비Ⅱ(3~5종)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

67 | 순환계질환진단비Ⅱ(4~5종)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 순환계질환(4~5종)으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환진단비Ⅱ(4~5종)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
순환계질환진단비Ⅱ(4-5종)(1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환진단비Ⅱ(4-5종)(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. ("순환계질환(4~5종)"의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 "순환계질환(4~5종)"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 순환계질환진단비Ⅱ(4~5종)를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. ("순환계질환(4~5종)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(4~5종)" 이라 함은 「순환계질환 분류표」(【별표6】순환계질환 분류표 참조)에서 정한 4, 5종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(4종 및 5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(4~5종)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(4~5종)"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 순환계질환진단비Ⅱ(4~5종)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입

하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

68 | 순환계질환진단비Ⅱ(5종)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 순환계질환(5종)으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환진단비Ⅱ(5종)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
순환계질환진단비Ⅱ(5종)(1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환진단비Ⅱ(5종)(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. ("순환계질환(5종)"의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 "순환계질환(5종)"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 순환계질환진단비Ⅱ(5종)를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. ("순환계질환(5종)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(5종)" 이라 함은 「순환계질환 분류표」【별표6】 순환계질환 분류표 참조)에서 정한 5종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(5종)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(5종)"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 순환계질환진단비Ⅱ(5종)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

69 | 순환계질환진단비Ⅱ(2~3종)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 순환계질환(2~3종)으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환진단비Ⅱ(2~3종)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
순환계질환진단비Ⅱ(2-3종)(1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환진단비Ⅱ(2-3종)(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. ("순환계질환(2~3종)"의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 "순환계질환(2~3종)"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 순환계질환진단비Ⅱ(2~3종)를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. ("순환계질환(2~3종)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(2~3종)" 이라 함은 「순환계질환 분류표」(【별표6】순환계질환 분류표 참조)에서 정한 2, 3종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(2~3종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(2~3종)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(2~3종)"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 순환계질환진단비Ⅱ(2~3종)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

70 | 순환계질환진단비Ⅱ(3종)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 순환계질환(3종)으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환진단비Ⅱ(3종)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
순환계질환진단비Ⅱ(3종)(1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환진단비Ⅱ(3종)(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. ("순환계질환(3종)"의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 "순환계질환(3종)"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 순환계질환진단비Ⅱ(3종)를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. ("순환계질환(3종)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(3종)" 이라 함은 「순환계질환 분류표」(【별표6】 순환계질환 분류표 참조)에서 정한 3종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(3종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(3종)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(3종)"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 순환계질환진단비Ⅱ(3종)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

71 | 뇌동맥류진단비II(비파열성)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 뇌동맥류(비파열성)로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 다음과 같이 뇌동맥류진단비(비파열성)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
뇌동맥류진단비(비파열성)(1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
뇌동맥류진단비(비파열성)(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. ("뇌동맥류(비파열성)"의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 "뇌동맥류(비파열성)"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 뇌동맥류진단비(비파열성)를 지급합니다. 다

만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. ("뇌동맥류(비파열성)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌동맥류(비파열성)"라 함은 (【별표39】뇌동맥류(비파열성) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 이 때, "선천성(비파열성) 대뇌동맥류(Q28.3)"는 보상하지 않으며, "파열되지 않은 대뇌동맥의 박리(I67.0)"와 "기타 대뇌전 동맥의 동맥류 및 박리(I72.5)"도 제외됩니다.

2 뇌동맥류(비파열성)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌동맥류(비파열성)로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 뇌동맥류(비파열성)로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 뇌동맥류진단비(비파열성)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

72 | 척추질병수술비(관혈/비관혈)(연간1회한,동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 척추질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 관혈수술, 비관혈수술을 각각 연간 1회 한도로 다음과 같이 척추질병수술비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
척추질병수술시	보험계약일로부터 1년미만	관혈수술시 가입금액의 50% 비관혈수술시 가입금액의 25%
	보험계약일로부터 1년이상	관혈수술시 가입금액의 100% 비관혈수술시 가입금액의 50%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
척추질병수술시	관혈수술시 가입금액의 100% 비관혈수술시 가입금액의 50%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

3 위 1의 척추질병수술비는 동일한 척추질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의

수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 척추질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 척추질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 새로운 척추질병으로 간주합니다.

4 위 3에서 동일한 척추질병을 직접적인 원인으로 관혈수술과 비관혈수술을 각각 받은 경우에는 관혈수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 비관혈수술비를 먼저 지급한 때에는 관혈수술비에서 이미 지급한 비관혈수술비를 차감하고 지급합니다. 단, 관혈수술이 연간 1회한도를 초과하는 경우에는 비관혈수술비를 지급하며, 비관혈수술도 연간 1회 한도를 초과하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

보험 지식

척추질병수술비(관혈/비관혈)(연간1회한, 동일질병당 1회지급) 보장 예시

가입예시 • 최초계약의 계약일 : 2017년 1월 1일
• 연간 : 매년 1월 1일부터 12월 31일

(사례1) 1. (보험금의 지급사유) 3, 4의 보상 예시

척추질병 **A를 원인**으로 **관혈수술 4.15일, 비관혈수술 4.30일 시행시**
→ A 질병 **관혈수술 4.15일 : 지급,** 비관혈수술 4.30일 : 부지급

(사례2) 1. (보험금의 지급사유) 3, 4의 보상 예시

척추질병 **A를 원인**으로 **관혈수술 4.15일, 비관혈수술 4.30일 시행시**
척추질병 **B를 원인**으로 **관혈수술 6.15일, 비관혈수술 6.30일 시행시**
척추질병 **C를 원인**으로 **관혈수술 8.15일, 비관혈수술 8.30일 시행시**

→ A 질병 **관혈수술 4.15일 : 지급,** 비관혈수술 4.30일 : **부지급**
B 질병 관혈수술 6.15일 : 부지급, **비관혈수술 6.30일 : 지급**
C 질병 관혈수술 8.15일 : 부지급, 비관혈수술 8,30일 부지급

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 척추질병수술비는 보장하지 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 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 척추질병수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.
① 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)

4. ("척추질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "척추질병"이라 함은 「척추질병 분류표」(【별표58】척추질병 분류표 참조)에서 정한 상병 또는 질병을 말합니다.

2 위 1의 "척추질병"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

5. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은

최신 수술기법도 포함됩니다.

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

2 1. (보험금의 지급사유)의 "비관혈수술"이라 함은 "내시경수술", "카테터수술", "신의료수술"을 말합니다.
① "내시경수술"이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다.
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, 질병의 직접치료를 목적으로 하는 "치료적 방사선 조사"를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 "도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입"과 "중심정맥관 삽입술"은 제외합니다.

3 1. (보험금의 지급사유)의 "관혈수술"이라 함은 위 2의 "비관혈수술" 이외의 수술 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

4 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

5 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

73 | 6대질병진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 사항 중 6대질병으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 다음과 같이 6대질병진단비를 지급합니다.
① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
6대질병진단비 (최초1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
6대질병진단비 (최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. ("6대질병"의 정의 및 진단확정) 6에서 정한 사망 후 "협심증" 및 "심근경색"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 6대질병진단비를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3 피보험자가 3. ("6대질병"의 정의 및 진단확정) 8에서 정한 사망 후 "뇌졸중증"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 6대질병진단비를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

4 피보험자가 3. ("6대질병"의 정의 및 진단확정) 11에서 정한 사망 후 "심장판막증"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 6대질병진단비를 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. ("6대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "6대질병"이라 함은 "암", "협심증", "심근경색", "뇌졸중증", "간경화", "심장판막증"을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「6대질병 분류표」(【별표13】6대질병 분류표 참조)에서 정한 질병 중 "암"을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

4 위 3에 따른 “암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

“암”의 진단이 가능하지 않을 때

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

5 이 특별약관에서 “협심증” 및 “심근경색”이라 함은 「6대질병 분류표」(【별표13】6대질병 분류표 참조)에서 정한 질병 중 “협심증”, 및 “심근경색”을 말합니다.

6 “협심증” 및 “심근경색”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 협심증 및 심근경색으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 협심증 및 심근경색으로 확정되거나 추정되는 경우

7 이 특별약관에서 “뇌졸중증”이라 함은 「6대질병 분류표」(【별표13】6대질병 분류표 참조)에서 정한 질병 중 “뇌졸중증”을 말합니다.

8 “뇌졸중”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌졸중증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 뇌졸중증으로 확정되거나 추정되는 경우

9 이 특별약관에서 “간경화”라 함은 「6대질병 분류표」(【별표13】6대질병 분류표 참조)에서 정한 질병 중 “간경화”를 말합니다.

10 “간경화”의 진단확정은 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사에 의해 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자(이하 “의사”라고 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “간경화”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

11 이 특별약관에서 “심장판막증”이라 함은 「6대질병 분류표」(【별표13】6대질병 분류표 참조)에서 정한 질병 중 “심장판막증”을 말합니다.

12 심장판막증”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 심장판막증의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 “심장판막증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 “심장판막증”으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 6대질병진단비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

74 | 보험료납입지원보장II(유사암진단)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

※ 이 특별약관은 고급형 계약에 한하여 적용합니다.

1. (특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험료 납입기간과 동일합니다.

2. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여, 보험료 납입지원기간 동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 다음과 같이 보험료 납입지원금을 지급합니다.
다만, 보험금 지급사유 발생일이 없을 경우에는 해당월의 마지막 영업일을 보험금 지급사유 발생일로 합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액(1회 지급액)		지급방법
보험료 납입지원금	90일 미만	이 특별약관 보험가입금액의 10% × 당해연도 납입지원 개월수	보험료 납입지원기간동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 지급금액 확정지급
	90일 이후	이 특별약관 보험가입금액 × 당해연도 납입지원 개월수	

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액(1회 지급액)	지급방법
보험료 납입지원금	이 특별약관 보험가입금액 × 당해연도 납입지원 개월수	보험료 납입지원기간동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 지급금액 확정지급

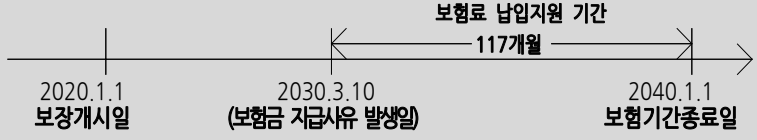
2 위 1의 "보험료 납입지원기간"라 함은 위 1의 보험금 지급사유 발생일부터 이

특별약관의 보험기간 종료일 이전까지의 기간을 말합니다.

3 위 1의 "당해연도 납입지원 개월수"라 함은 위 1의 보험금 지급사유 발생일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 보험금 지급사유 발생일(최초 보험금 지급사유 발생일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 월단위 기간(월단위 미만의 끝수는 버립니다)을 말합니다. 단, 보험기간 종료일이 포함되어 있는 당해연도의 경우, 보험기간 종료일 전일까지의 월단위 기간을 말합니다.

용어 풀이

잔여납입경과월수에 따른 지급금액 예시 :
가입금액 10만원, 보통약관 보험료 납입기간 20년 기준



지급금액

지급시기 (매년3.10)	당해연도	당해연도 납입지원 개월수	지급금액 (1회지급액) : 보험가입금액 X 당해연도 납입지원 개월수
2030 ~ 38년 (9년간)	30.3.10 ~ 31.3.9 31.3.10 ~ 32.3.9 ...	12개월 (매년 동일)	120만원 (매년동일)
2039년	39.3.10 ~ 39.12.31	9개월	90만원
총 지급 합계		117개월	1,170만원

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

2 2. (보험금의 지급사유)의 보험료납입지원보장Ⅱ(유사암진단) 보험금은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보장부분 적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급합니다.

4. ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

3 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

4 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

5 위 3 및 4에 따른 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리

신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

7. (특별약관의 소멸)

1 회사가 2. (보험금의 지급사유)의 보험료납입지원보장Ⅱ(유사암진단) 보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 이외에도 보통약관에서 정한 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 1 및 2에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4 위 1 및 2 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

75 | 질병후유장해Ⅱ(20~100%)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 장해분류표(【별표1】장해분류표 참조)에서 정한 장해지급률이 20~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때 다음과 같이 질병후유장해Ⅱ(20~100%)보험금을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
질병후유장해Ⅱ (20~100%)	보험계약일로부터 180일미만	이 특별약관 보험가입금액에 장해지급률을 곱하여 산출한 금액의 5%
	보험계약일로부터 180일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액에 장해지급률을 곱하여 산출한 금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액에 장해지급률을 곱하여 산출한 금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병후유장해Ⅱ (20~100%)	이 특별약관 보험가입금액에 장해지급률을 곱하여 산출한 금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】장해분류표 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

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

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

4 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 6에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

8 회사가 지급하여야 할 동일한 질병으로 인한 질병후유장해Ⅱ(20~100%)보험금은 질병후유장해Ⅱ(20~100%) 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

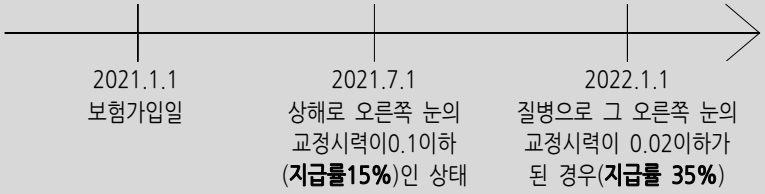
예시

보험금 지급 예시

①

→ 질병로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 **10%(=30%-20%)**에 해당하는 후유장해보험금을 지급

②



→ 장해지급률 35%에서 상해로 인한 장해지급률 15%를 뺀 **20%(=35%-15%)**에 해당하는 후유장해보험금을 지급

3. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

4. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

76 | 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1-1. (보험금의 지급사유(혈전용해치료비Ⅱ(뇌경색증, I63)))

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 뇌경색증(I63)으로 진단확정되고, 뇌경색증(I63)의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 다음과 같이 혈전용해치료비Ⅱ(뇌경색증, I63)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
혈전용해치료비Ⅱ (뇌경색증, I63)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
혈전용해치료비Ⅱ (뇌경색증, I63)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

1-2. (보험금의 지급사유(혈전용해치료비Ⅱ(급성심근경색증, I21)))

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 급성심근경색증(I21)으로 진단확정되고, 급성심근경색증(I21)의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 다음과 같이 혈전용해치료비Ⅱ(급성심근경색증, I21)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
혈전용해치료비Ⅱ (급성심근경색증, I21)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
혈전용해치료비Ⅱ (급성심근경색증, I21)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("뇌경색증(I63)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌경색증(I63)"이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 I63(뇌경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.

2 뇌경색증(I63)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌경색증(I63)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 뇌경색증(I63)으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("급성심근경색증(I21)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증(I21)"이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 I21(급성심근경색증)에 해당하는 질병을 말합니다.

2 "급성심근경색증(I21)"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 급성심근경색증(I21)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할

수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 급성심근경색증(I21)으로 확정되거나 추정되는 경우

5. ("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "뇌경색증(I63)" 및 "급성심근경색증(I21)"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
2 위 1에서 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
3 위 2에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

77 | 혈전용해치료비Ⅳ(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1-1. (보험금의 지급사유(혈전용해치료비Ⅳ(뇌졸중)))

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 뇌졸중으로 진단확정되고, 뇌졸중의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 다음과 같이 혈전용해치료비Ⅳ(뇌졸중)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
혈전용해치료비Ⅳ (뇌졸중)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
혈전용해치료비Ⅳ (뇌졸중)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

1-2. (보험금의 지급사유(혈전용해치료비Ⅳ(특정허혈심장질환)))

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 특정허혈심장질환으로 진단확정되고, 특정허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 다음과 같이 혈전용해치료비Ⅳ(특정허혈심장질환)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
혈전용해치료비Ⅳ (특정허혈심장질환)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
혈전용해치료비Ⅳ (특정허혈심장질환)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중" 이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표12】뇌졸중 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

2 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("특정허혈심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "특정허혈심장질환" 이라 함은 「특정허혈심장질환 분류표」(【별표21】특정허혈심장질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "특정허혈심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 특정허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 특정허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

5. ("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "뇌졸중" 및 "특정허혈심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 위 1에서 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 위 2에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 혈전용해치료비Ⅳ(뇌졸중) 또는 혈전용해치료비Ⅳ(특정허혈심장질환)에 해당하는 보험금을 지급한 경우에 각각에 대한 회사의 보장책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에 따라 혈전용해치료비Ⅳ(뇌졸중), 혈전용해치료비Ⅳ(특정허혈심장질환)에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 2에 따라 이 특별약관의 보장책임이 소멸되는 경우에 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4 위 2 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

78 | 혈전용해치료비Ⅳ(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1-1. (보험금의 지급사유(혈전용해치료비Ⅳ(뇌졸중)))

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 뇌졸중으로 진단확정되고, 뇌졸중의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 다음과 같이 혈전용해치료비Ⅳ(뇌졸중)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
혈전용해치료비Ⅳ(뇌졸중)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
혈전용해치료비Ⅳ(뇌졸중)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

1-2. (보험금의 지급사유(혈전용해치료비Ⅳ(특정허혈심장질환)))

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 특정허혈심장질환으로 진단확정되고, 특정허혈심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 다음과 같이 혈전용해치료비Ⅳ(특정허혈심장질환)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
혈전용해치료비Ⅳ (특정허혈심장질환)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
혈전용해치료비Ⅳ (특정허혈심장질환)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중" 이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표12】뇌졸중 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

2 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("특정허혈심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "특정허혈심장질환" 이라 함은 「특정허혈심장질환 분류표」(【별표21】특정허혈심장질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "특정허혈심장질환"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 특정허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 특정허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

5. ("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "뇌졸중" 및 "특정허혈심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 위 1에서 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 위 2에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

79 | 질병1~5종수술비Ⅳ(특정다빈도 9대질병 제외)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보장의 범위)

이 특별약관은 다음의 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 질병1~5종수술비Ⅳ(1종,특정다빈도 9대질병 제외, 동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)
2. 질병1~5종수술비Ⅳ(2종,특정다빈도 9대질병 제외, 동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)
3. 질병1~5종수술비Ⅳ(3종,특정다빈도 9대질병 제외, 동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)
4. 질병1~5종수술비Ⅳ(4종,특정다빈도 9대질병 제외, 동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)
5. 질병1~5종수술비Ⅳ(5종,특정다빈도 9대질병 제외, 동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)

2. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일)이후에 질병(특정다빈도 9대질병 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 "1~5종수술 분류표"(【별표4】 1~5종수술 분류표 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래와 같이 질병1~5종수술비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

세부보장 구분	보험계약일로부터 1년미만 지급금액
1종	질병1~5종수술비Ⅳ(1종,특정다빈도9대질병제외,동일질병당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액의 50%
2종	질병1~5종수술비Ⅳ(2종,특정다빈도9대질병제외,동일질병당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액의 50%
3종	질병1~5종수술비Ⅳ(3종,특정다빈도9대질병제외,동일질병당1회지급)(맞춤간편고지) 보험가입금액의 50%

4종	질병1~5종수술비Ⅳ(4종,특정다빈도9대질병제외,동일질병당1회지급) (맞춤간편고지) 보험가입금액의 50%
5종	질병1~5종수술비Ⅳ(5종,특정다빈도9대질병제외,동일질병당1회지급) (맞춤간편고지) 보험가입금액의 50%

세부보장 구분	보험계약일로부터 1년이상 지급금액
1종	질병1~5종수술비Ⅳ(1종,특정다빈도9대질병제외,동일질병당1회지급) (맞춤간편고지) 보험가입금액
2종	질병1~5종수술비Ⅳ(2종,특정다빈도9대질병제외,동일질병당1회지급) (맞춤간편고지) 보험가입금액
3종	질병1~5종수술비Ⅳ(3종,특정다빈도9대질병제외,동일질병당1회지급) (맞춤간편고지) 보험가입금액
4종	질병1~5종수술비Ⅳ(4종,특정다빈도9대질병제외,동일질병당1회지급) (맞춤간편고지) 보험가입금액
5종	질병1~5종수술비Ⅳ(5종,특정다빈도9대질병제외,동일질병당1회지급) (맞춤간편고지) 보험가입금액

② 갱신형(갱신계약)의 경우

세부보장 구분	지급금액
1종	질병1~5종수술비Ⅳ(1종,특정다빈도9대질병제외,동일질병당1회지급) (맞춤간편고지) 보험가입금액
2종	질병1~5종수술비Ⅳ(2종,특정다빈도9대질병제외,동일질병당1회지급) (맞춤간편고지) 보험가입금액
3종	질병1~5종수술비Ⅳ(3종,특정다빈도9대질병제외,동일질병당1회지급) (맞춤간편고지) 보험가입금액
4종	질병1~5종수술비Ⅳ(4종,특정다빈도9대질병제외,동일질병당1회지급) (맞춤간편고지) 보험가입금액
5종	질병1~5종수술비Ⅳ(5종,특정다빈도9대질병제외,동일질병당1회지급) (맞춤간편고지) 보험가입금액

2 위 1의 「특정다빈도 9대질병」이란 백내장, 항문질환, 대장종양, 후각특정질환, 피부종양, 특정피부질환, 생식기질환, 하지정맥류 및 유방의장애를 말합니다.(【별표68】 특정다빈도 9대질병 분류표 참조)

3 위 1의 질병1~5종수술비는 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 질병1~5종수술비를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.

4 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
“요실금” 수술시	피보험자 보험나이 18세 계약해당일. 단, 최초계약시 피보험자 보험나이가 18세 이상인 경우 제1회 보험료를 받은 때
그 외 수술시	제1회 보험료를 받은 때

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 2. (보험금의 지급사유)의 3에도 불구하고 “1~5종수술 분류표”(【별표4】 1~5종수술 분류표 참조)의 수술종류 중 48항 “요실금수술비(급여)” 수술은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 ‘요실금수술’ 항목에서 급여항목이 발생한 경우에 한하여 연간 1회 한도로 보상합니다.

2 위 1의 “연간”이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원(‘입원’을 포함합니다)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

3 위 1의 “요실금수술비(급여)” 수술은 여성인 피보험자에 한하여 보상합니다.

4 보험수익자와 회사가 2. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의

중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

4. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병1~5종수술비는 보장하지 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 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병1~5종수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.
① 정신 및 행동장애(F04~F99)
② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)이 보장개시일부터 2년이내에 발생한 경우
③ 피보험자가 임신, 출산 (제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
⑤ 비만(E66)
⑥ 직장 또는 항문관련질환(K62)
⑦ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
⑧ 백내장, 항문질환, 대장종양, 후각특정질환, 피부종양, 특정피부질환, 생식기질환, 하지정맥류 및 유방의장애(【별표68】특정다빈도 9대질병 분류표 참조)

3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병1~5종수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.
① 건강검진, 예방접종, 인공유산
② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내,체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
③ 단순한 피로 또는 권태
④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
⑤ 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
⑥ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

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

5. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 "1~5종 수술분류표"(【별표4】 1~5종수술 분류표 참조)에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

4 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

80 | 암진단비Ⅳ(소액암제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(소액암제외)으로 진단확정된 경우 1회에 한하여 이 특별약관에 따라 다음의 금액을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
암진단비Ⅳ(소액암제외)(1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
암진단비Ⅳ(소액암제외)(1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

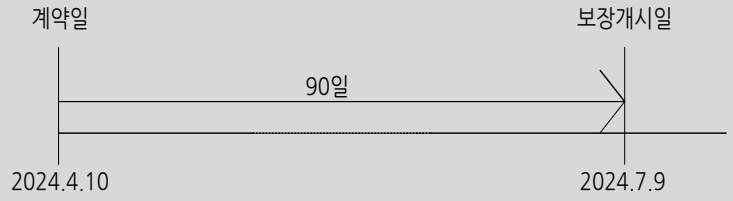
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(소액암제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암(소액암제외)" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(소액암제외)"이라 함은 2에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암", 4에서 정한 "갑상선암" 및 5에서 정한 "소액암"을 제외한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】 악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에서 "소액암"이라 함은 「소액암 분류표」(【별표67】소액암 분류표 참조)에서 정한 암을 말합니다.

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

7 위 6에 따른 "암(소액암제외)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(소액암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

예시

"암(소액암제외)"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(소액암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의

전일 이전에 암(소액암제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 암(소액암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)을 청약한 날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유) 1에서 정한 암진단비Ⅳ(소액암제외)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 계약이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

81 | 항암방사선치료비Ⅱ(유사암포함)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)으로 진단확정되고 그 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받았을 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 최초 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액
제자리암 항암방사선치료비	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 10% 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 20%
경계성종양 항암방사선치료비	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 10% 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 20%
기타피부암 항암방사선치료비	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 10% 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 20%
갑상선암 항암방사선치료비	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 10% 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 20%
암(유사암제외) 항암방사선치료비	경과기간 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 / 이 특별약관 보험가입금액의 50% 보험계약일로부터 1년이상 / 이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
제자리암 항암방사선치료비	이 특별약관 보험가입금액의 20%
경계성종양 항암방사선치료비	이 특별약관 보험가입금액의 20%
기타피부암 항암방사선치료비	이 특별약관 보험가입금액의 20%
갑상선암 항암방사선치료비	이 특별약관 보험가입금액의 20%
암(유사암제외) 항암방사선치료비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

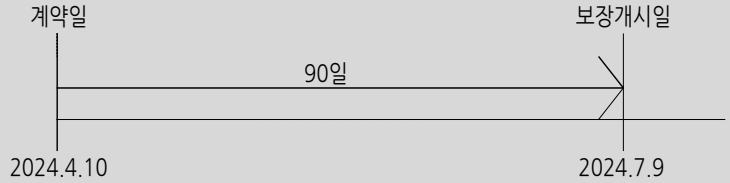
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 단, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 1.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 암(유사암제외) 항암방사선치료비

를 지급 받은 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정 시에는 제자리암 항암방사선치료비, 경계성종양 항암방사선치료비, 기타피부암 항암방사선치료비, 갑상선암 항암방사선치료비는 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 "제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

제자리암의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

경계성종양의 진단이 가능하지 않을 때

- 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 없는 경우

6. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)을 말합니다.

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 항암방사선치료비(단, 제자리암 항암방사선치료비, 경계성종양 항암방사선치료비, 기타피부암 항암방사선치료비, 갑상선암 항암방사선치료비는 제외합니다)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

82 | 항암약물치료비II(유사암포함)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)으로 진단확정되고 그 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)의 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받았을 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 최초 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
제자리암 항암약물치료비	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 20%
경계성종양 항암약물치료비	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 20%
기타피부암 항암약물치료비	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 20%
갑상선암 항암약물치료비	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 20%
암(유사암제외) 항암약물치료비	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
제자리암 항암약물치료비	이 특별약관 보험가입금액의 20%
경계성종양 항암약물치료비	이 특별약관 보험가입금액의 20%
기타피부암 항암약물치료비	이 특별약관 보험가입금액의 20%
갑상선암 항암약물치료비	이 특별약관 보험가입금액의 20%
암(유사암제외) 항암약물치료비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

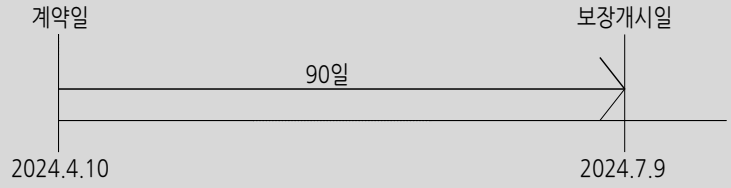
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 단, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 1.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 암(유사암제외) 항암약물치료비를 지급 받은 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정시에는 제자리암 항암약물치료비, 경계성종양 항암약물치료비, 기타피부암 항암약물치료비, 갑상선암 항암약물치료비는 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

제자리암의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

경계성종양의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

① 회사가 1.(보험금의 지급사유) ①에서 정한 항암약물치료비(단, 제자리암 항암약물치료비, 경계성종양 항암약물치료비, 기타피부암 항암약물치료비, 갑상선암 항암약물치료비는 제외합니다)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 위 ① 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) ② 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

83 | 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형)

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후 암으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 다음과 같이 표적항암약물허가치료비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
표적항암약물허가치료비(최초1회한)(맞춤간편고지)	보험계약일로부터 180일미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
	보험계약일로부터 180일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약) 계약의 경우

구분	지급금액
표적항암약물허가치료비(최초1회한)(맞춤간편고지)	이 특별약관의 보험가입금액

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

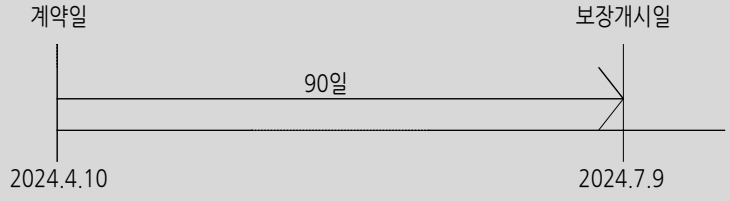
구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

3 단, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

예시

암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (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 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 표적항암제가 사용된 경우에는 보장합니다.

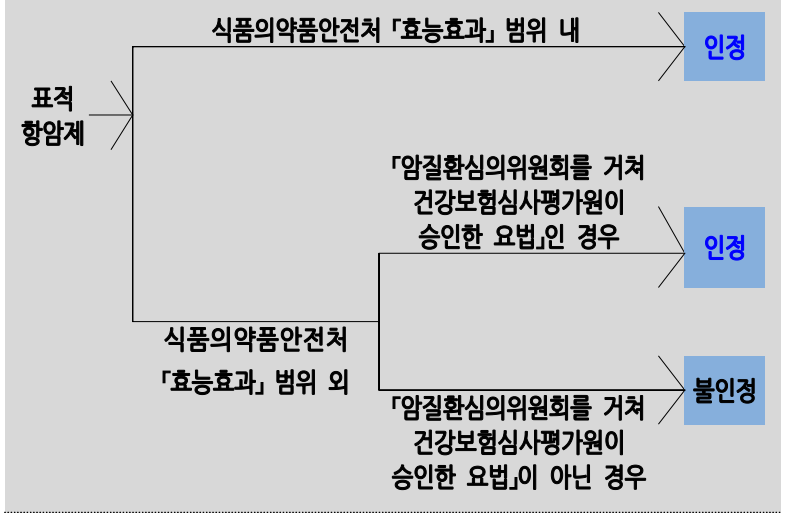
용어 풀이

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.

용어 풀이

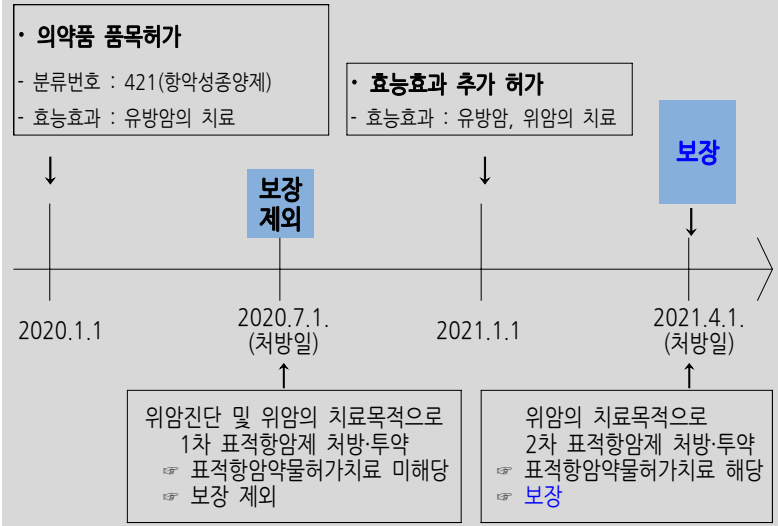
표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위



2 1. (보험금의 지급사유)의 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 5. (표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 3에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

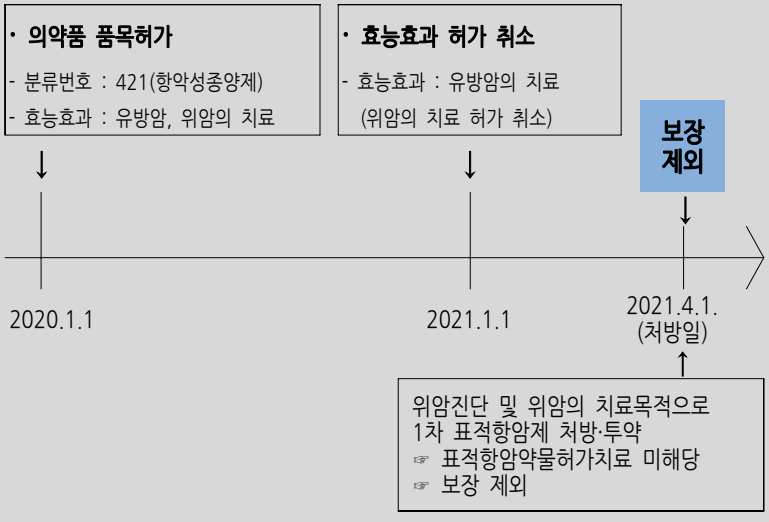
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



3 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

5. ("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "표적항암제"라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 "표적항암제"의 범위에서 제외됩니다.

용어 풀이

호르몬 관련 치료제

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

용어 풀이

표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표40】(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 4. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 의료법 제 3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 "암"의 치료를 목적으로 1에서 정한 "표적항암제"를 안정성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음에 해당하는 경우를 말하며, 투약처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)' 으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 위1에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

6. (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
가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
ㄱ. 진단명
ㄴ. 투약한 약제의 제품명
ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

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

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(가타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유) 1에서 정한 표적항암약물허가치료비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중

도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

84 | 계속받는표적항암약물허가치료비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 이 특별약관에서 계속받는표적항암약물허가치료비는 다음 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

① 표적항암약물허가치료비(최초1회한)
② 표적항암약물허가치료비(연간1회한)

2 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후 암으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 "계속받는표적항암약물허가치료비"를 다음과 같이 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

보험계약일로부터 경과기간	계속받는표적항암약물허가치료비	
	표적항암약물허가치료비(최초1회한)	표적항암약물허가치료비(연간1회한)
180일미만	보험가입금액의 20%	보험가입금액의 5%
180일~1년미만	보험가입금액의 40%	보험가입금액의 10%
1년이상	보험가입금액의 80%	보험가입금액의 20%

② 갱신형(갱신계약) 계약의 경우

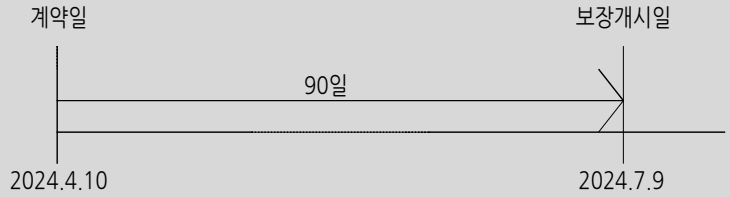
구분	표적항암약물허가치료비(최초1회한)	표적항암약물허가치료비(연간1회한)
계속받는표적항암약물허가치료비	보험가입금액의 80%	보험가입금액의 20%

3 위 2에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보장개시일
- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

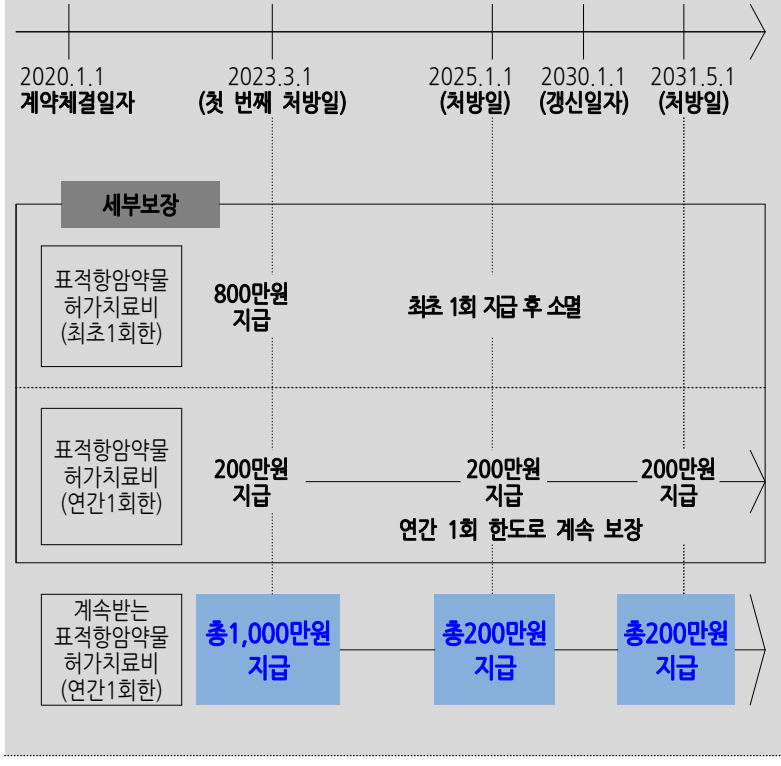


4 단, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

5 위 2의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 2. (보험금 지급에 관한 세부규정)의 2에서 정한 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다.

용어 풀이

계속받는표적항암약물허가치료비 보장예시 (가입금액 1,000만원 기준)



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 "계속받는표적항암약물허가치료비"는 표적항암제가 식품의약품 안전처에서 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 표적항암제가 사용된 경우에는 보장합니다.

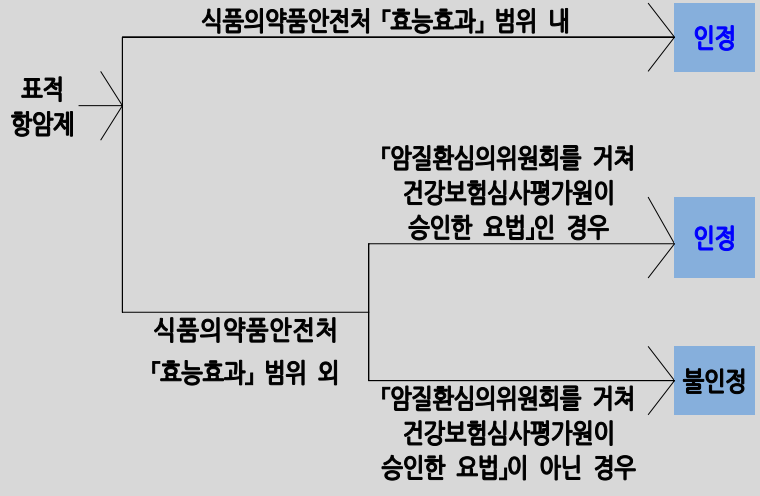
용어 풀이

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.

용어 풀이

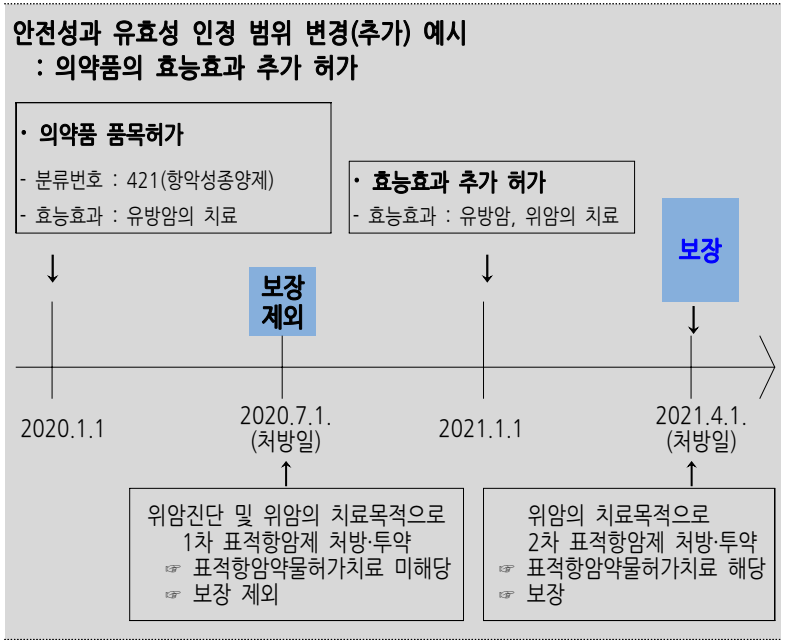
표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위



2 1. (보험금의 지급사유)의 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 5. ("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의) 3에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

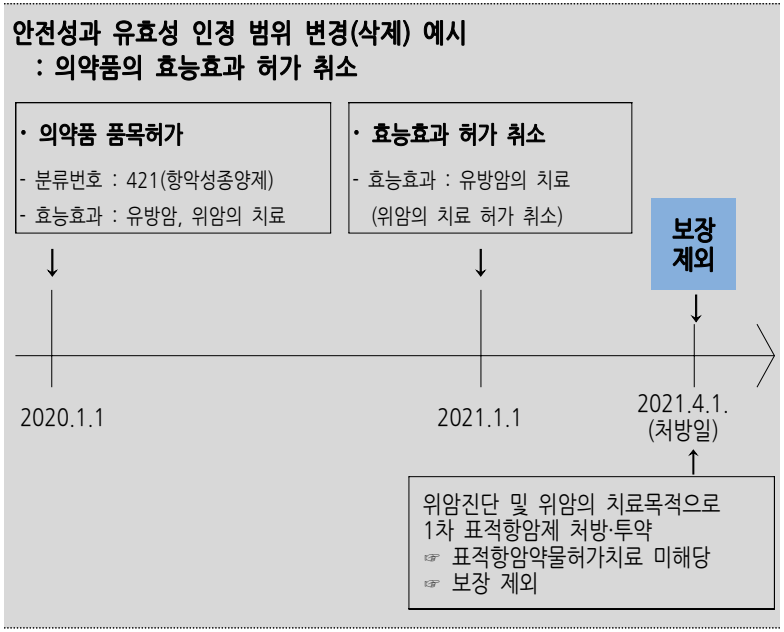
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



3 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

5 “암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)(단, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

6 위 5에 따른 “암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

“암”의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (“항암약물치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

5. (“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “표적항암제”라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’ (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 “표적항암제”의 범위에서 제외됩니다.

용어 풀이

호르몬 관련 치료제

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

용어 풀이

표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표40】(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "표적항암약물허가치료"라 함은 4. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 의료법 제 3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 "암"의 치료를 목적으로 1에서 정한 "표적항암제"를 안정성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음에 해당하는 경우를 말하며, 투약처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)' 으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보
  - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
  - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 위1에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

6. (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

가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

ㄱ. 진단명

ㄴ. 투약한 약제의 제품명

ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

④ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

⑤ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

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

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 세부보장 “표적항암약물허가치료비(최초1회한)”를 지급한 경우 “표적항암약물허가치료비(최초1회한)” 세부보장에 대한 회사의 보장책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 2에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

85 | 암수술비(유사암포함)(30%체증형)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

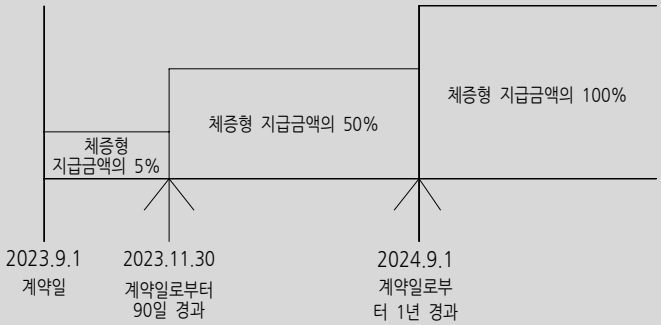
1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 암(유사암포함)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술회차에 따라 다음과 같이 암수술비(유사암포함)(30%체증형)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
암수술비(유사암포함)(30%체증형)	보험계약일로부터 90일미만	체증형 지급금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	체증형 지급금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	체증형 지급금액의 100%

예시

암(유사암포함)(30%체증형) 경과기간별 수술시 보험금
- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
암수술비(유사암포함)(30%체증형)	체증형 지급금액의 100%

2 "체증형 지급금액"은 위 1에서 정한 암수술비(유사암포함)(30%체증형) 지급사유에 해당된 때, 수술회차에 따라 보험가입금액을 기준으로 매 회당 30%씩 체증한 금액을 말합니다. (단, 1회차 수술 시에는 보험가입금액의 100%를 적용하며, 2회차 수술부터 6회차 수술까지는 30%씩 체증됩니다. 7회차 이상의 수술은 6회차 수술 시의 체증형 지급금액과 동일하게 적용합니다.)

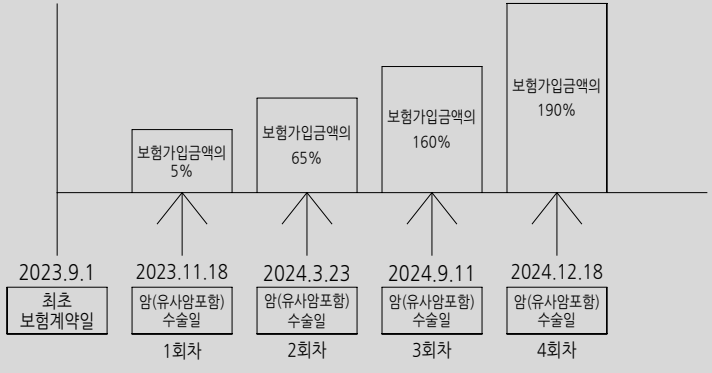
구분	수술회차	체증형 지급금액
암수술비(유사암포함)(30%체증형)	1회차 수술시	보험가입금액의 100%
	2회차 수술시	보험가입금액의 130%
	3회차 수술시	보험가입금액의 160%
	4회차 수술시	보험가입금액의 190%
	5회차 수술시	보험가입금액의 220%
	6회차 수술시	보험가입금액의 250%
	7회차 이상 수술시	보험가입금액의 250%

3 위 1의 ② 갱신형(갱신계약)의 "체증형 지급금액"은 이 특별약관의 갱신일이 아닌 최초계약일 기준의 수술회차를 적용합니다.

예시

암(유사암포함)(30%체증형) 수술시 회차별 보험금 지급 예시

- **최초계약일** 2023.9.1.
- **암(유사암포함) 1회차 수술일자** 2023.11.18 (최초계약일로부터 90일 미만)
  체증형 지급금액 : 보험가입금액의 100%
  최초계약일로부터 90일 미만, 체증형 지급금액의 5% 지급
- **암(유사암포함) 2회차 수술일자** 2024.3.23 (최초 계약일로부터 90일 이상, 1년 미만)
  체증형 지급금액 : 보험가입금액의 130%
  최초계약일로부터 90일 이상 1년 미만, 체증형 지급금액의 50% 지급
- **암(유사암포함) 3회차 수술일자** 2024.9.11 (최초 계약일로부터 1년 이상 경과)
  체증형 지급금액 : 보험가입금액의 160%
  최초계약일로부터 1년 이상 경과, 체증형 지급금액의 100% 지급
- **암(유사암포함) 4회차 수술일자** 2024.12.18 (최초 계약일로부터 1년 이상 경과)
  체증형 지급금액 : 보험가입금액의 190%
  최초계약일로부터 1년 이상 경과, 체증형 지급금액의 100% 지급



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 암수술비(유사암포함)(30%체증형) 보험금이 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "암(유사암포함)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "제자리암" 및 4에서 정한 "경계성종양"을 포함한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

5 "암(유사암포함)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진

자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)(단, "갑상선암"의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(유사암포함)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

6 위 5에 따른 "암(유사암포함)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암포함)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암(유사암포함)"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암(유사암포함)"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 "암(유사암포함)"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암(유사암포함)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

6. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암(유사암포함)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

86 | 뇌혈관질환수술비(30%체증형)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 회차에 따라 다음과 같이 뇌혈관질환수술비(30%체증형)를 지급합니다.

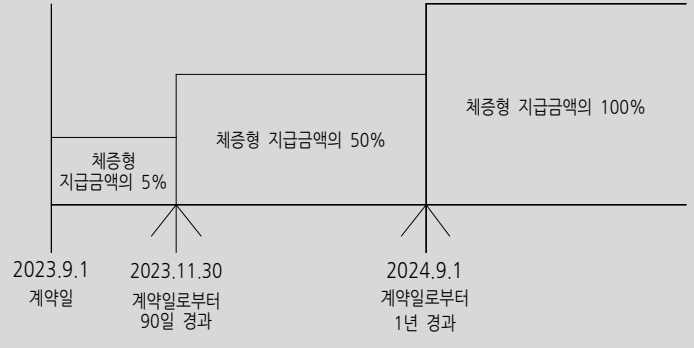
① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
뇌혈관질환수술비 (30%체증형)	보험계약일로부터 90일미만	체증형 지급금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	체증형 지급금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	체증형 지급금액의 100%

예시

뇌혈관질환(30%체증형) 경과기간별 수술시 보험금

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
뇌혈관질환수술비(30%체증형)	체증형 지급금액의 100%

2 "체증형 지급금액"은 위 1에서 정한 뇌혈관질환수술비(30%체증형) 지급사유에 해당된 때, 수술회차에 따라 보험가입금액을 기준으로 매 회당 30%씩 체증한 금액을 말합니다. (단, 1회차 수술 시에는 보험가입금액의 100%를 적용하며, 2회차 수술부터 5회차 수술까지는 30%씩 체증됩니다. 6회차 이상의 수술은 5회차 수술 시의 체증형 지급금액과 동일하게 적용합니다.)

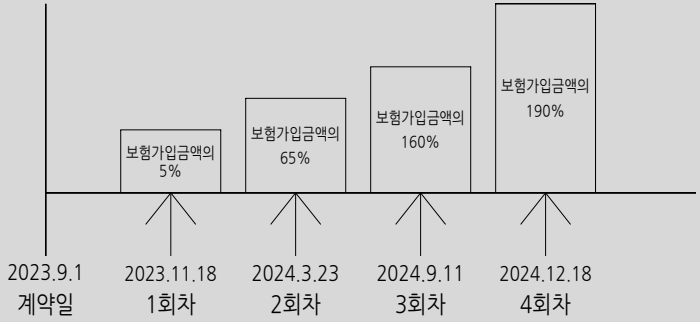
구분	수술회차	체증형 지급금액
뇌혈관질환수술비(30%체증형)	1회차 수술시	보험가입금액의 100%
	2회차 수술시	보험가입금액의 130%
	3회차 수술시	보험가입금액의 160%
	4회차 수술시	보험가입금액의 190%
	5회차 수술시	보험가입금액의 220%
	6회차 이상 수술시	보험가입금액의 220%

3 위 1의 ② 갱신형(갱신계약)의 "체증형 지급금액"은 이 특별약관의 갱신일이 아닌 최초계약일 기준의 수술회차를 적용합니다.

예시

뇌혈관질환(30%체증형) 수술시 회차별 보험금 지급 예시

- 최초계약일 2023.9.1
- 1회차 수술일 2023.11.18 (최초 계약일로부터 90일 미만)
  체증형 지급금액 : 보험가입금액의 100%
  최초계약일로부터 90일 미만, 체증형 지급금액의 5% 지급
- 2회차 수술일 2024.3.23 (최초 계약일로부터 90일 이상, 1년 미만)
  체증형 지급금액 : 보험가입금액의 130%
  최초계약일로부터 90일 이상 1년 미만, 체증형 지급금액의 50% 지급
- 3회차 수술일 2024.9.11 (최초 계약일로부터 1년 이상 경과)
  체증형 지급금액 : 보험가입금액의 160%
  최초계약일로부터 1년 이상 경과, 체증형 지급금액의 100% 지급
- 4회차 수술일 2024.12.18 (최초 계약일로부터 1년 이상 경과)
  체증형 지급금액 : 보험가입금액의 190%
  최초계약일로부터 1년 이상 경과, 체증형 지급금액의 100% 지급



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환" 이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표26】뇌혈관질환 분류표 참조)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애, 뇌혈관질환의 후유증을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중

도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

87 | 허혈심장질환수술비(30%체증형)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 회차에 따라 다음과 같이 허혈심장질환수술비(30%체증형)를 지급합니다.

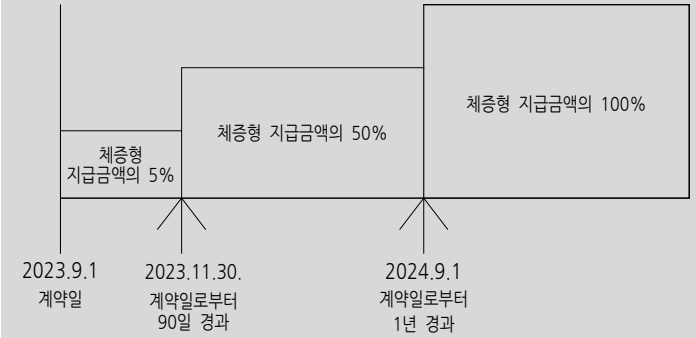
① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
허혈심장질환수술비(30%체증형)	보험계약일로부터 90일미만	체증형 지급금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	체증형 지급금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	체증형 지급금액의 100%

예시

허혈심장질환(30%체증형) 경과기간별 수술시 보험금

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
허혈심장질환수술비(30%체증형)	체증형 지급금액의 100%

2 "체증형 지급금액"은 위 1에서 정한 허혈심장질환수술비(30%체증형) 지급사유에 해당된 때, 수술회차에 따라 보험가입금액을 기준으로 매 회당 30%씩 체증한 금액을 말합니다. (단, 1회차 수술 시에는 보험가입금액의 100%를 적용하며, 2회차 수술부터 5회차 수술까지는 30%씩 체증됩니다. 6회차 이상의 수술은 5회차 수술 시의 체증형 지급금액과 동일하게 적용합니다.)

구분	수술회차	체증형 지급금액
허혈심장질환수술비(30%체증형)	1회차 수술시	보험가입금액의 100%
	2회차 수술시	보험가입금액의 130%

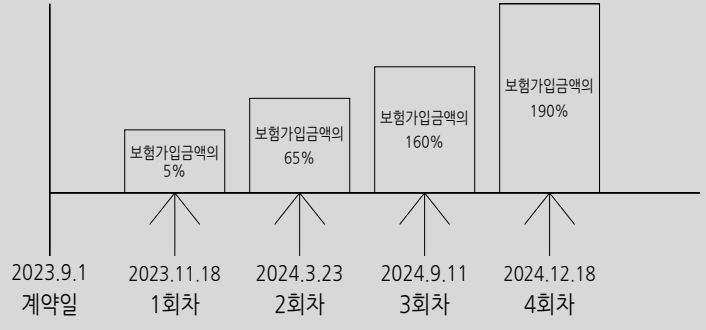
구분	수술회차	체증형 지급금액
	3회차 수술시	보험가입금액의 160%
	4회차 수술시	보험가입금액의 190%
	5회차 수술시	보험가입금액의 220%
	6회차 이상 수술시	보험가입금액의 220%

3 위 1의 ② 갱신형(갱신계약)의 “체증형 지급금액”은 이 특별약관의 갱신일이 아닌 최초계약일 기준의 수술회차를 적용합니다.

예시

허혈심장질환(30%체증형) 수술시 회차별 보험금 지급 예시

- 최초계약일 2023.9.1
- 1회차 수술일 2023.11.18 (최초 계약일로부터 90일 미만)
  체증형 지급금액 : 보험가입금액의 100%
  최초계약일로부터 90일 미만, 체증형 지급금액의 5% 지급
- 2회차 수술일 2024.3.23 (최초 계약일로부터 90일 이상, 1년 미만)
  체증형 지급금액 : 보험가입금액의 130%
  최초계약일로부터 90일 이상 1년 미만, 체증형 지급금액의 50% 지급
- 3회차 수술일 2024.9.11 (최초 계약일로부터 1년 이상 경과)
  체증형 지급금액 : 보험가입금액의 160%
  최초계약일로부터 1년 이상 경과, 체증형 지급금액의 100% 지급
- 4회차 수술일 2024.12.18 (최초 계약일로부터 1년 이상 경과)
  체증형 지급금액 : 보험가입금액의 190%
  최초계약일로부터 1년 이상 경과, 체증형 지급금액의 100% 지급



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “허혈심장질환” 이라 함은 「허혈심장질환 분류표」(【별표27】 허혈심장질환 분류표 참조)에서 정한 협심증, 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 기타 급성 허혈심장질환, 만성허혈심장병을 말합니다.

2 “허혈심장질환”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 “수술”에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

“기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술”이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

88 | 중증질환자 중복암 산정특례대상 진단비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 「중증질환자 중복암 산정특례대상질환」으로 진단확정되고, 그 「중증질환자 중복암 산정특례대상질환」을 직접적인 원인으로 「산정특례 중복암 등록」이 된 경우 연간 1회에 한하여 다음과 같이 중증질환자 중복암 산정특례대상진단비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
중증질환자 중복암 산정특례대상 진단비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
중증질환자 중복암 산정특례대상 진단비	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

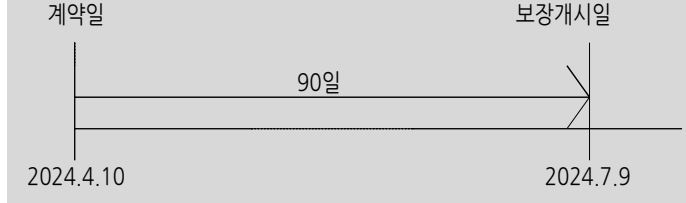
① 중증질환자 중복암 산정특례대상질환('뇌·수막의 양성신생물 및 유사암' 제외)

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신계약의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

중증질환자 중복암 산정특례대상질환('뇌·수막의 양성신생물' 및 유사암 제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



② '뇌·수막의 양성신생물' 및 '유사암'의 보장개시일은 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의

중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)에 따라 중증질환자 중복암 산정특례 대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

3. ("중증질환자 중복암 산정특례대상질환" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중증질환자 중복암 산정특례대상질환"이라 함은 「중증질환자 중복암 산정특례대상질환 분류표」(【별표71-1】중증질환자 중복암 산정특례대상질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "중증질환자 암 산정특례대상질환"이라 함은 「중증질환자 암 산정특례대상 분류표」(【별표71】중증질환자 암 산정특례대상 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말하며, "중증질환자 암 산정특례대상"이라 함은 해당 질병으로 산정특례등록신청을 완료한 자를 말합니다.

3 이 특별약관에서 '유사암'이라 함은 4에서 정한 '기타피부암', 5에서 정한 '갑상선암', 6에서 정한 '제자리암' 및 7에서 정한 '경계성종양'을 총칭합니다.

4 이 특별약관에서 '기타피부암'이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에서 '갑상선암'이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

6 이 특별약관에서 '제자리암'이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】 제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

7 이 특별약관에서 '경계성종양'이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

8 이 특별약관에서 '뇌·수막의 양성신생물'이라 함은 「중증질환자 중복암 산정특례대상 분류표」 중 분류번호 D32(수막의 양성신생물)와 D33(뇌 및 기타 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

9 '중증질환자 중복암 산정특례대상질환('뇌·수막의 양성신생물' 제외)'의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)(단, "갑상선암"의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "중증질환자 중복암 산정특례대상질환('뇌·수막의 양성신생물' 제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

10 위 9에 따른 "중증질환자 중복암 산정특례대상질환('뇌·수막의 양성신생물' 제외)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "중증질환자 중복암 산정특례대상질환('뇌·수막의 양성신생물' 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"중증질환자 중복암 산정특례대상질환('뇌·수막의 양성신생물' 제외)"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

11 '중증질환자 중복암 산정특례대상질환'('뇌·수막의 양성신생물' 제외)에 대한 진단은 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 진단 확정된 경우에 한합니다.

12 '뇌·수막의 양성신생물'의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 '뇌·수막의 양성신생물'의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

13 1 및 2에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 "중증질환자 암 산정특례대상" 및 "중증질환자 중복암 산정특례대상" 해당여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 1. (보험금의 지급사유) 1의 지급사유 발생 당시의 " 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

용어 풀이

본인일부부담금 산정특례제도

진료비 본인부담이 높은 암 등 중증질환자와 희귀질환자, 중증난치질환자의 외래 또는 입원치료에 대하여 본인부담률을 경감해주는 제도

관련근거

- 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담)
- 국민건강보험법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2
- 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)

보험 지식

중증질환자 암 산정특례 중복암

'본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제7조(산정특례 등록 신청 등) 제4항

제3항에도 불구하고 제4조 중 암환자로 등록된 자가 산정특례 적용기간 중 추가로 발생한 다른 암종(전이암 제외)에 대하여 산정특례를 신청한 경우, 추가로 발생한 암의 진단확진일부터 적용한다.

4. ("산정특례 중복암 등록"의 정의)

1 이 특별약관에서 '산정특례 중복암 등록'이라 함은 보험기간 중에 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 '중복암'으로 중증질환자 암 산정특례대상으로 승인된 상태를 말합니다.

2 이 특별약관에서 '중복암'이라 함은 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제7조 제4항에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서 상에 '중복암'으로 표기·등록된 암을 의미하며, '중증질환자 암 산정특례대상'으로 이미 등록된 자에게 암 산정특례 적용기간 중 추가로 발생한, 산정특례대상으로 기등록한 암과 다른 암종(전이암 제외)을 말합니다.

5. (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 등록하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 아래 사항 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 "중증질환자 중복암 산정특례대상"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있습니다.

① 법령의 개정 또는 폐지 등으로 이 특별약관에서 정한 「중증질환자 중복암 산정특례대상」의 판단이 불가능한 경우

② 법령의 개정 또는 폐지 등으로 4. ("산정특례 중복암 등록"의 정의)에서 정한 「산정특례 중복암 등록」이 불가능한 경우

③ 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우

④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

보험 지식

예시)

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 관한 제도의 변경으로 산정특례대상의 구분이 세분화하거나, 통폐합하는 경우 등

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하며, 해당 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

5 위 4에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 위 2에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

7 위 2에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 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.

8 회사는 계약체결시 계약자에게 위 2에 따라 계약이 변경되는 경우와 관련된 위 6 및 위 7의 사항을 계약자에게 안내합니다.

9 회사는 위 2에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료 산출 기초율을 재산출할 수 있으며, 계약내용 변경일로부터 재산출된 보험료산출 기초율을 적용합니다. 이 경우 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납

입보험료 등이 변경될 수 있습니다.

⑩ 위 ② 내지 ⑦에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비세부내역서, 진료비계산서(산정특례 적용 영수증) 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

② 위 ①.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 '중증질환자 중복암 산정특례대상질환('뇌·수막의 양성신생물' 및 '유사암' 제외)' 으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 '중증질환자 중복암 산정특례대상질환('뇌·수막의 양성신생물' 및 '유사암' 제외)'에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

① 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) ② 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

89 | 암중환자실입원일당Ⅲ(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단확정되고 그 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 「병원 또는 의원」(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 중환자실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 다음과 같이 암중환자실입원일당Ⅲ(1일 이상 180일한도)을 지급합니다.

① 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
암중환자실입원일당Ⅲ (1일이상180일한도)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
암중환자실입원일당Ⅲ (1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 중환자실이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”에서 정한 중환자실을 말합니다.

인용문구

의료법 시행규칙 별표 4

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고,
병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

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

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

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

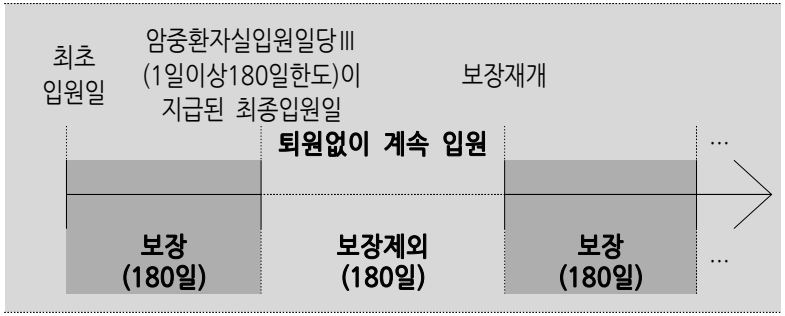
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 암중환자실입원일당Ⅲ(1일이상 180일한도) 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 1. (보험금의 지급사유) 1의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(제자리암, 경계성종양을 포함합니다)으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함)에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 1을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 동일한 암(제자리암, 경계성종양을 포함합니다)에 대한 입원이라도 암중환자실입원일당Ⅲ(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 암중환자실입원일당Ⅲ(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암중환자실입원일당Ⅲ(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1. (보험금의 지급사유) 1의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 1에서 2를 적용하여 암중환자실입원일당Ⅲ(1일이상 180일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 암중환자실입원일당Ⅲ(1일이상 180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

5 "암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine

needle aspiration biopsy)(단, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

6 위 5에 따른 “암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “제자리암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “제자리암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

제자리암의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “경계성종양”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

경계성종양의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의

하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

90 | 뇌혈관질환 및 허혈심장질환 중환자실입원일당II(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 「병원 또는 의원」(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)의 중환자실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 다음과 같이 뇌혈관질환 및 허혈심장질환 중환자실입원일당(1일 이상 180일한도)을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
뇌혈관질환 및 허혈심장질환 중환자실입원일당 (1일 이상 180일한도)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
뇌혈관질환 및 허혈심장질환 중환자실입원일당 (1일 이상 180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 중환자실이라 함은 "의료법 시행규칙 별표4"에서 정한 중환자실을 말합니다.

의료법 시행규칙 별표 4

인용 문구

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고,
병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

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

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

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

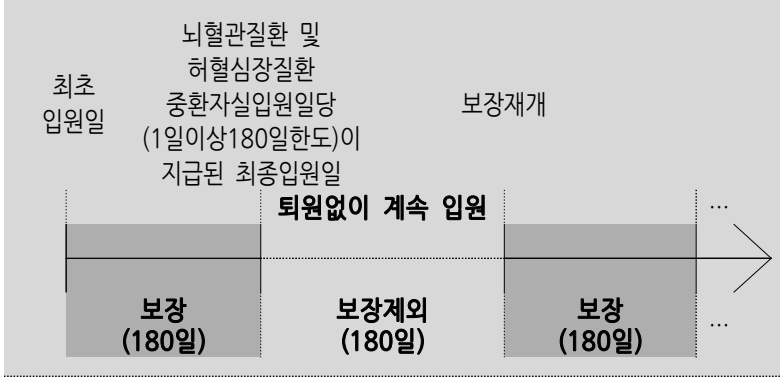
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 1. (보험금의 지급사유)의 뇌혈관질환 및 허혈심장질환 중환자실입원일당 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 동일한 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환의 치료를 직접 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 상기 ①을 적용합니다.

③ 상기 ②에도 불구하고 동일한 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환에 대한 입원이라도 뇌혈관질환 및 허혈심장질환 중환자실입원일당(1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 뇌혈관질환 및 허혈심장질환 중환자실입원일당(1일 이상 180일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 뇌혈관질환 및 허혈심장질환 중환자실입원일당(1일 이상 180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



④ 1. (보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위 ① 및 ②를 적용하여 뇌혈관질환 및 허혈심장질환 중환자실입원일당(1일 이상 180일한도)을 보장합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 뇌혈관질환 및 허혈심장질환 중환자실입원일당(1일 이상 180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하

지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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. ("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환" 이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표26】뇌혈관질환 분류표 참조)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애, 뇌혈관질환의 후유증을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("허혈심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈심장질환" 이라 함은 「허혈심장질환 분류표」(【별표27】허혈심장질환 분류표 참조)에서 정한 협심증, 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 기타 급성 허혈심장질환, 만성허혈심장병을 말합니다.

2 허혈심장질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

5. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

91 | 암직접치료통원비(유사암제외)(상급종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원한 경우에 연간 30회 한도로 통원 1회당 다음과 같이 암직접치료통원비(유사암제외)(상급종합병원)를 지급합니다. 다만, 암직접치료통원비(유사암제외)(상급종합병원)의 지급횟수는 통원당 1일 1회에 한합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
암직접치료 통원비 (유사암제외) (상급종합병원) (연간30회한도)	보험계약일로부터 1년미만	통원 1회당 보험가입금액의 50% (연간30회한도)
	보험계약일로부터 1년이상	통원 1회당 보험가입금액의 100% (연간30회한도)

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
암직접치료 통원비 (유사암제외) (상급종합병원) (연간30회한도)	통원 1회당 보험가입금액의 100% (연간30회한도)

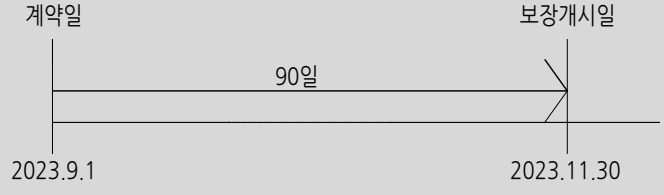
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우에는 상급종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

3 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우에는 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

3. (“암” 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 “암(유사암제외)”이라 함은 1에서 정한 “암”에서 3에서 정한 “기타피부암” 및 4에서 정한 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

5 “암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)(단, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

6 위 5에 따른 “암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

“암”의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (“암(유사암제외)의 직접적인 치료”의 정의)

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

2 “암(유사암제외)의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

3 “암(유사암제외)의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

② 면역력 강화 치료

③ 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4 3에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암(유사암제외)의 직접적인 치료”로 봅니다.

① 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료

② “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료

③ “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

5. (“상급종합병원”의 정의)

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

인용문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

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

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

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

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

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. (“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 통원일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관 내용에 상응하는 “상급종합병원 통원”과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 “상급종합병원”제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 “상급종합병원”제도의 변경으로 5. (“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (“통원”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 암(유사암제외)에 대한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “암(유사암제외)의 직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의

해 암(유사암제외)으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하여, 암 암(유사암제외)의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암(유사암제외)을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암(유사암제외)의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

8. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

9. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

11. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

92 | 암직접치료통원비(유사암제외)(종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원한 경우에 연간 30회 한도로 통원 1회당 다음과 같이 암직접치료통원비(유사암제외)(종합병원)를 지급합니다. 다만, 암직접치료통원비(유사암제외)(종합병원)의 지급횟수는 통원당 1일 1회에 한합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
암직접치료 통원비 (유사암제외) (종합병원) (연간30회한도)	보험계약일로부터 1년미만	통원 1회당 보험가입금액의 50% (연간30회한도)
	보험계약일로부터 1년이상	통원 1회당 보험가입금액의 100% (연간30회한도)

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
암직접치료 통원비 (유사암제외) (종합병원) (연간30회한도)	통원 1회당 보험가입금액의 100% (연간30회한도)

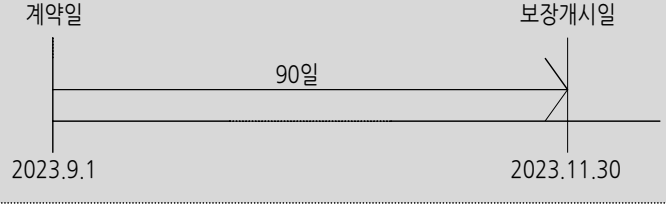
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우에는 종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

3 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원 지정이 취소된 경우에는 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

5 "암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine

needle aspiration biopsy)(단, "갑상선암"의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("암(유사암제외)의 직접적인 치료"의 정의)

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

2 "암(유사암제외)의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

3 "암(유사암제외)의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

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

4 3에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "암(유사암제외)의 직접적인 치료"로 봅니다.

① 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
② "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
③ "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

5. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 통원일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관 내용에 상응하는 "종합병원 통원"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도의 변경으로 5. (“종합병원”의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관 내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (“통원”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 암(유사암제외)에 대한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “암(유사암제외)의 직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 암(유사암제외)으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하여, 암암(유사암제외)의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암(유사암제외)을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암(유사암제외)의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

8. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

9. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

11. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

93 | 암직접치료통원비(유사암제외)(연간30회한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 「병원 또는 의원」(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 통원한 경우에는 연간 30회 한도로 통원 1회당 다음과 같이 암직접치료통원비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 암직접치료통원비(유사암제외)의 지급횟수는 통원당 1일 1회에 한합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
암직접치료 통원비 (유사암제외) (연간30회한도)	보험계약일로부터 1년미만	통원 1회당 보험가입금액의 50% (연간 30회한도)
	보험계약일로부터 1년이상	통원 1회당 보험가입금액의 100% (연간 30회한도)

② 갱신형(갱신계약)의 경우

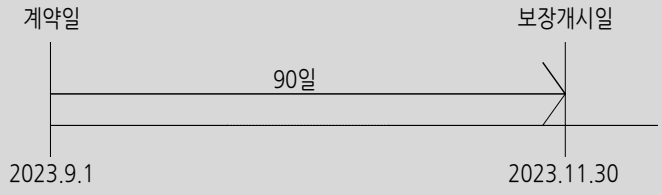
구분	지급금액
암직접치료 통원비 (유사암제외) (연간30회한도)	통원 1회당 보험가입금액의 100% (연간 30회한도)

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시 **암(유사암제외) 보장개시일**

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정

한 “기타피부암” 및 4에서 정한 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

5 “암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)(단, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

6 위 5에 따른 “암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

“암”의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (“암(유사암제외)의 직접적인 치료”의 정의)

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

2 “암(유사암제외)의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

3 “암(유사암제외)의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

② 면역력 강화 치료

③ 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4 3에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암(유사암제외)의 직접적인 치료”로 봅니다.

① 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료

② “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료

③ “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

5. (“통원”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자

(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 암(유사암제외)에 대한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암(유사암제외)의 직접치료를 목적으로 한 통원"이란 의사에 의해 암(유사암제외)으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하여, 암(유사암제외)의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암(유사암제외)을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암(유사암제외)의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

6. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

7. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

94 | 암직접치료통원비Ⅱ(상급종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 또는 경계성종양으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원한 경우에 아래의 각 질병구분별 연간 30회 한도로 통원 1회당 다음과 같이 암직접치료통원비Ⅱ(상급종합병원)를 지급합니다. 다만, 암직접치료통원비Ⅱ(상급종합병원)의 지급횟수는 통원당 1일 1회에 한합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	질병구분	경과기간	지급금액
암직접치료 통원비Ⅱ (상급종합병원) (연간30회한도)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	보험계약일로부터 1년미만	통원 1회당 보험가입금액의 50% (각 질병구분당 연간 30회한도)
	기타피부암		
	갑상선암		
	제자리암	보험계약일로부터 1년이상	통원 1회당 보험가입금액의 100% (각 질병구분당 연간30회한도)
	경계성종양		

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	질병구분	지급금액
암직접치료 통원비Ⅱ (상급종합병원) (연간30회한도)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	통원 1회당 보험가입금액의 100% (각 질병구분당 연간 30회한도)
	기타피부암	
	갑상선암	
	제자리암	
	경계성종양	

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

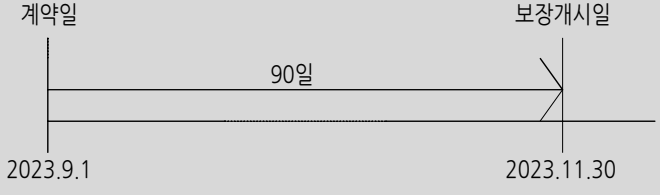
① 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)의 보장개시일(책임개시일)은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



② 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우에는 상급종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

3 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우에는 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또

는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

4. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】 제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. ("암의 직접적인 치료"의 정의)

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

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

3 "암의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

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

4 3에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "암의 직접적인 치료"로 봅니다.

① 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
② "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
③ "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

5 1에서 4까지 정한 내용은 경계성종양 및 제자리암의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

7. ("상급종합병원"의 정의)

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

인용문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

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

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

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

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

8. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 7. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 통원일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 통원"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 7. ("상급종합병원"의 정

의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

9. ("통원"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 제자리암, 경계성종양, 또는 암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제자리암, 경계성종양 또는 암의 "직접치료를 목적으로 한 통원"이란 의사에 의해 제자리암, 경계성종양 또는 암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하여, 제자리암, 경계성종양 또는 암의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 제자리암, 경계성종양, 또는 암을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 제자리암, 경계성종양 또는 암의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

10. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

11. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

12. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

13. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

14. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

95 | 암직접치료통원비Ⅱ(종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 또는 경계성종양으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원한 경우에 아래의 각 질병구분별 연간 30회 한도로 통원 1회당 다음과 같이 암직접치료통원비Ⅱ(종합병원)를 지급합니다. 다만, 암직접치료통원비Ⅱ(종합병원)의 지급횟수는 통원당 1일 1회에 한합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	질병구분	경과기간	지급금액
암직접치료 통원비Ⅱ (종합병원) (연간30회한도)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	보험계약일로부터 1년미만	통원 1회당 보험가입금액의 50% (각 질병구분당 연간30회한도)
	기타피부암		
	갑상선암	보험계약일로부터 1년이상	통원 1회당 보험가입금액의 100% (각 질병구분당 연간30회한도)
	제자리암		
	경계성종양		

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	질병구분	지급금액
암직접치료 통원비Ⅱ (종합병원) (연간30회한도)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	통원 1회당 보험가입금액의 100% (각 질병구분당 연간30회한도)
	기타피부암	
	갑상선암	
	제자리암	
	경계성종양	

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

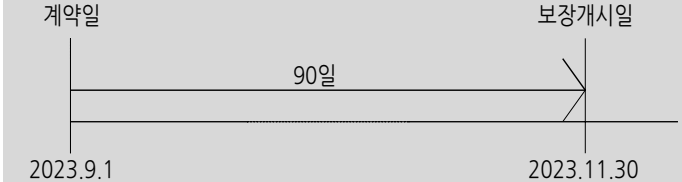
① 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)의 보장개시일(책임개시일)은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



② 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우에는 종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

3 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원 지정이 취소된 경우에는 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

4. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】 제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 "제자리암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine

needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “제자리암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

“제자리암”의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “경계성종양”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

“경계성종양”의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. (“암의 직접적인 치료”의 정의)

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

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

3 “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

② 면역력 강화 치료

③ 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4 3에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

① 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료

② “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료

③ “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

5 1에서 4까지 정한 내용은 경계성종양 및 제자리암의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

7. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

8. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 7. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 통원일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "종합병원 통원"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 7. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

9. ("통원"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 제자리암, 경계성종양, 또는 암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제자리암, 경계성종양 또는 암의 "직접치료를 목적으로 한 통원"이란 의사에 의해 제자리암, 경계성종양 또는 암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 제자리암, 경계성종양 또는 암의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 제자리암, 경계성종양, 또는 암을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 제자리암, 경계성종양 또는 암의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

10. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

11. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

12. (특별약관의 소멸)

① 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

13. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

14. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) ② 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

96 | 암직접치료통원비Ⅱ(연간30회한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암 또는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 「병원 또는 의원」(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 통원한 경우에는 아래의 각 질병구분별 연간 30회 한도로 통원 1회당 다음과 같이 암직접치료통원비Ⅱ를 지급합니다. 다만, 암직접치료통원비Ⅱ의 지급횟수는 통원당 1일 1회에 한합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	질병구분	경과기간	지급금액
암직접치료 통원비Ⅱ (연간30회한도)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	보험계약일로부터 1년미만	통원 1회당 보험가입금액의 50% (각 질병구분당 연간 30회한도)
	기타피부암		
	갑상선암		
	제자리암	보험계약일로부터 1년이상	통원 1회당 보험가입금액의 100% (각 질병구분당 연간30회한도)
	경계성종양		

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	질병구분	지급금액
암직접치료 통원비Ⅱ (연간30회한도)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	통원 1회당 보험가입금액의 100% (각 질병구분당 연간 30회한도)
	기타피부암	
	갑상선암	
	제자리암	
	경계성종양	

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

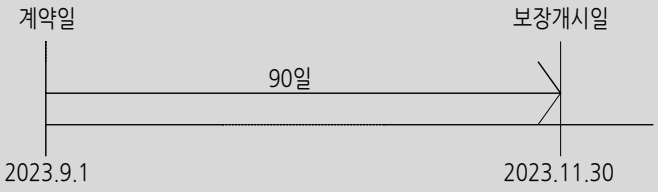
① 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)의 보장개시일(책임개시일)은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



② 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제1회 보험료를 받은 때입니다.

3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

5 "암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하

여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)(단, "갑상선암"의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】 제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. (“암의 직접적인 치료”의 정의)

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

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

3 “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

② 면역력 강화 치료

③ 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4 3에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.

① 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료

② “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료

③ “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

5 1에서 4까지 정한 내용은 경계성종양 및 제자리암의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

7. (“통원”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 제자리암, 경계성종양, 또는 암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 제자리암, 경계성종양 또는 암의 “직접치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 제자리암, 경계성종양 또는 암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하여, 제자리암, 경계성종양 또는 암의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 제자리암, 경계성종양, 또는 암을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 제자리암, 경계성종양 또는 암의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

8. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

9. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

11. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

97 | 뇌졸중통원비Ⅱ(상급종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 뇌졸중으로 진단 확정되고, 그 뇌졸중의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원한 경우에는 연간 30회 한도로 통원 1회당 다음과 같이 뇌졸중통원비Ⅱ(상급종합병원)를 지급합니다. 다만, 뇌졸중통원비Ⅱ(상급종합병원)의 지급횟수는 통원당 1일 1회에 한합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
뇌졸중통원비Ⅱ (상급종합병원) (연간30회한도)	보험계약일로부터 1년미만	통원 1회당 보험가입금액의 50% (연간30회한도)
	보험계약일로부터 1년이상	통원 1회당 보험가입금액의 100% (연간30회한도)

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
뇌졸중통원비Ⅱ (상급종합병원) (연간30회한도)	통원 1회당 보험가입금액의 100% (연간30회한도)

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우에는 상급종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

3 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우에는 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

3. ("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중" 이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표12】뇌졸중 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

2 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (“상급종합병원”의 정의)

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

인용문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

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

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

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

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

5. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 4. (“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 통원일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 “상급종합병원 통원”과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 “상급종합병원”제도가 폐지되는 경우

② 법령의 개정에 따라 “상급종합병원”제도의 변경으로 4. (“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

6. (“통원”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 뇌졸중의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “뇌졸중의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 뇌졸중으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 뇌졸중의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 뇌졸중을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

98 | 뇌졸중통원비Ⅱ(종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 뇌졸중으로 진단확정되고, 그 뇌졸중의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원한 경우에는 연간 30회 한도로 통원 1회당 다음과 같이 뇌졸중통원비Ⅱ(종합병원)를 지급합니다. 다만, 뇌졸중통원비Ⅱ(종합병원)의 지급횟수는 통원당 1일 1회에 한합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
뇌졸중통원비Ⅱ (종합병원) (연간30회한도)	보험계약일로부터 1년미만	통원 1회당 보험가입금액의 50% (연간30회한도)
	보험계약일로부터 1년이상	통원 1회당 보험가입금액의 100% (연간30회한도)

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
뇌졸중통원비Ⅱ (종합병원) (연간30회한도)	통원 1회당 보험가입금액의 100% (연간30회한도)

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우에는 종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

3 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원 지정이 취소된 경우에는 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

3. ("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중" 이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표12】뇌졸중 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

2 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

5. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 4. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 통원일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "종합병원 통원"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 4. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

6. ("통원"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 뇌졸중의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "뇌졸중의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원"이란 의사에 의해 뇌졸중으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하여, 뇌졸중의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 뇌졸중을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

99 | 뇌졸중통원비Ⅱ(연간30회한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 뇌졸중으로 진단확정되고, 그 뇌졸중의 직접적인 치료를 목적으로 「병원 또는 의원」(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 통원한 경우에는 연간 30회 한도로 통원 1회당 다음과 같이 뇌졸중통원비Ⅱ를 지급합니다. 다만, 뇌졸중통원비Ⅱ의 지급횟수는 통원당 1일 1회에 한합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
뇌졸중통원비Ⅱ (연간30회한도)	보험계약일로부터 1년미만	통원 1회당 보험가입금액의 50% (연간30회한도)
	보험계약일로부터 1년이상	통원 1회당 보험가입금액의 100% (연간30회한도)

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
뇌졸중통원비Ⅱ (연간30회한도)	통원 1회당 보험가입금액의 100% (연간30회한도)

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중" 이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표12】뇌졸중 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

2 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("통원"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 뇌졸중의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "뇌졸중의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원"이란 의사에 의해 뇌졸중으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 뇌졸중의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의

소견에 따라 뇌졸중을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

100| 급성심근경색증통원비Ⅱ(상급종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 급성심근경색증으로 진단확정되고, 그 급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원한 경우에는 연간 30회 한도로 통원 1회당 다음과 같이 급성심근경색증통원비Ⅱ(상급종합병원)를 지급합니다. 다만, 급성심근경색증통원비Ⅱ(상급종합병원)의 지급횟수는 1일 1회에 한합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
급성심근경색증통원비Ⅱ(상급종합병원)(연간30회한도)	보험계약일로부터 1년미만	통원 1회당 보험가입금액의 50% (연간30회한도)
	보험계약일로부터 1년이상	통원 1회당 보험가입금액의 100% (연간30회한도)

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
급성심근경색증통원비Ⅱ(상급종합병원)(연간30회한도)	통원 1회당 보험가입금액의 100% (연간30회한도)

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우에는 상급종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

3 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우에는 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

3. ("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증" 이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표15】급성심근경색증 분류표 참조)에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("상급종합병원"의 정의)

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

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

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

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

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

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

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

5. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 4. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 통원일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 통원"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우

② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 4. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있

거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 해약환급금을 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 해약환급금 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

6. ("통원"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원"이란 의사에 의해 급성심근경색증으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하여, 급성심근경색증의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 급성심근경색증을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

101 | 급성심근경색증통원비Ⅱ(종합병원)(연간30회한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 급성심근경색증으로 진단확정되고, 그 급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원한 경우에는 연간 30회 한도로 통원 1회당 다음과 같이 급성심근경색증통원비Ⅱ(종합병원)를 지급합니다. 다만, 급성심근경색증통원비Ⅱ(종합병원)의 지급횟수는 1일 1회에 한합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
급성심근경색증통원비Ⅱ(종합병원)(연간30회한도)	보험계약일로부터 1년미만	통원 1회당 보험가입금액의 50%(연간30회한도)
	보험계약일로부터 1년이상	통원 1회당 보험가입금액의 100%(연간30회한도)

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
급성심근경색증통원비Ⅱ(종합병원)(연간30회한도)	통원 1회당 보험가입금액의 100%(연간30회한도)

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우에는 종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

3 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원 지정이 취소된 경우에는 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

3. ("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증" 이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표15】급성심근경색증 분류표 참조)에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

5. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 4. (“종합병원”의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 통원일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 “종합병원 통원”과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도의 변경으로 4. (“종합병원”의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

6. (“통원”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 급성심근경색증으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하여, 급성심근경색증의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 급성심근경색증을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를을 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

102| 급성심근경색증통원비Ⅱ(연간30회한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 급성심근경색증Ⅱ으로 진단확정되고, 그 급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 통원한 경우에는 연간 30회 한도로 통원 1회당 다음과 같이 급성심근경색증통원비Ⅱ를 지급합니다. 다만, 급성심근경색증통원비의 지급횟수는 1일 1회에 한합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
급성심근경색증통원비Ⅱ (연간30회한도)	보험계약일로부터 1년미만	통원 1회당 보험가입금액의 50% (연간 30회한도)
	보험계약일로부터 1년이상	통원 1회당 보험가입금액의 100% (연간30회한도)

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
급성심근경색증통원비Ⅱ (연간30회한도)	통원 1회당 보험가입금액의 100% (연간30회한도)

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증" 이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표15】급성심근경색증 분류표 참조)에서 정한 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (“통원”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원”이란 의사에 의해 급성심근경색증으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하여, 급성심근경색증의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 급성심근경색증을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

103 | 암(유사암제외)치료비지원(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암(유사암제외) 치료비지원으로 지급합니다.

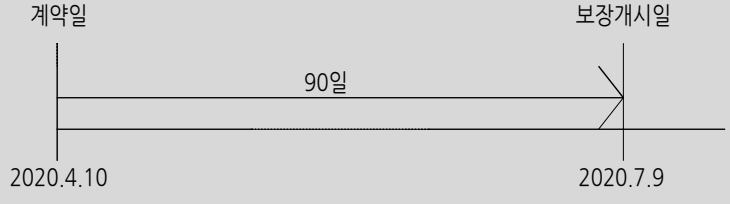
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암(유사암 제외)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암(유사암 제외)"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 "암(유사암제외)"로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

5. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유) 1에서 정한 암(유사암제외) 치료비지원을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1 에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

104 | 기타피부암 및 갑상선암 치료비지원(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 기타피부암 및 갑상선암 치료비지원으로 지급합니다. 다만, "기타피부암" 및 "갑상선암" 각각에 대하여 중복하여 보상하지 않습니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

3 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

4 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

5 위 3 및 4에 따른 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암 및 갑상선암 치료비지원을 지급한 경우에는 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

105 | 상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원일당 (1일이상30일한도)(맞춤간편고지) (비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병으로 인하여 상급종합병원의 1인실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 입원 첫날부터 입원 1일당 다음과 같이 상급종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분		지급금액
상급종합병원 1인실 질병입원일당 (1일이상30일한도)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
상급종합병원 1인실 질병입원일당 (1일이상30일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 '1인실'은 '특실' 병실도 포함합니다.

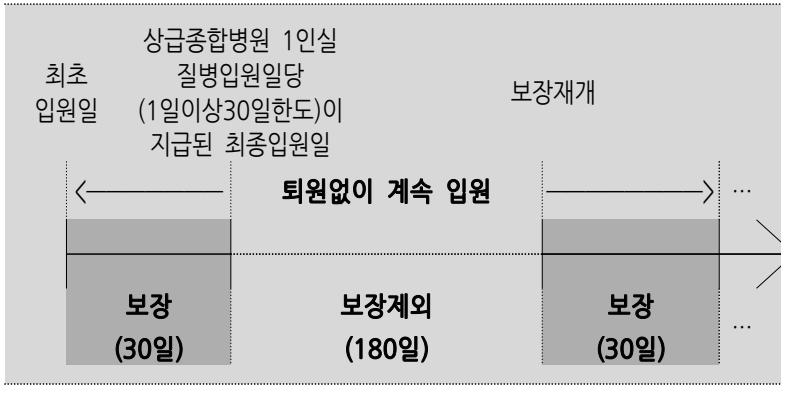
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 상급종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도) 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원의 1인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.
2 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 1인실에 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 다른 상급종합병원으로 이전하여 1인실에 입원한 경우를 포

함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 1인실 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 상급종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일의 그다음 날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1. (보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 상급종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

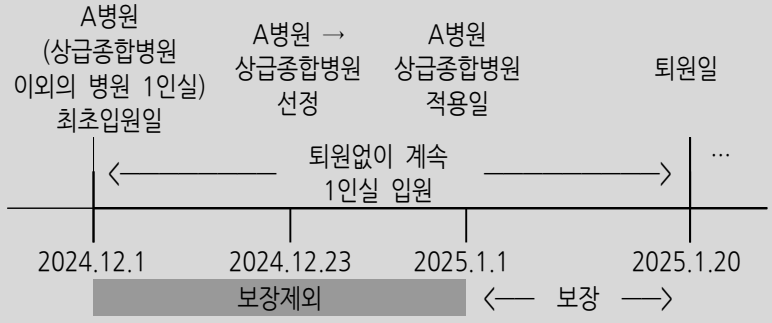
6 피보험자가 상급종합병원 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 5. ("상급종합병원"의 정의)에 해당하는 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

7 피보험자가 5. ("상급종합병원"의 정의)에 해당하는 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

8 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우 상급종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

예시

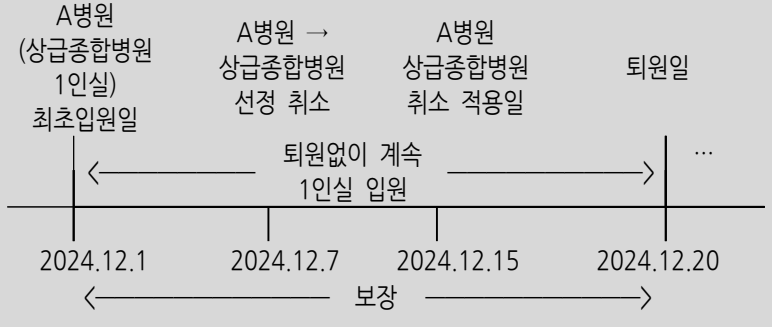
상급종합병원 이외의 병원 1인실 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 보장예시



9 피보험자가 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 보장합니다.

예시

상급종합병원 1인실 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 보장예시



⑩ 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
③ 성병
④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환
⑩ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑪ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
⑫ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원개시일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 입원"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있

거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

106 | 종합병원 1인실(특실포함) 질병입원일당 (1일이상30일한도)(맞춤간편고지) (비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병으로 인하여 종합병원의 1인실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫 날부터 입원1일당 다음과 같이 종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분		지급금액
종합병원 1인실 질병입원일당 (1일이상30일한도)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
종합병원 1인실 질병입원일당 (1일이상30일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 '1인실'은 '특실' 병실도 포함합니다.

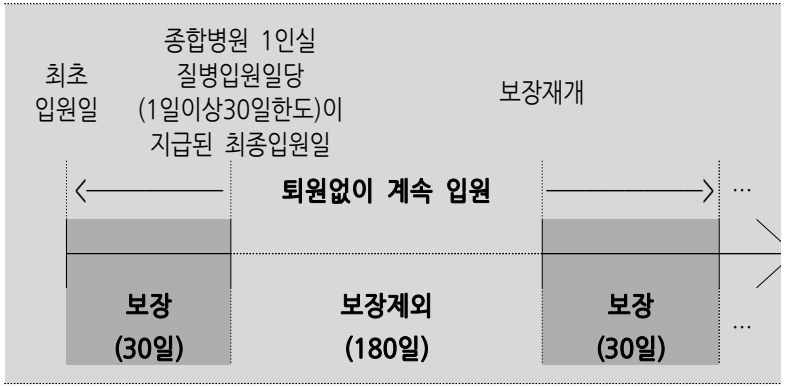
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도) 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 종합병원의 1인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 1인실에 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 다른 종합병원으로 이전하여 1인실에 입원한 경우를 포함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 1인실 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일의 그다음 날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1. (보험금의 지급사유)의 경우 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

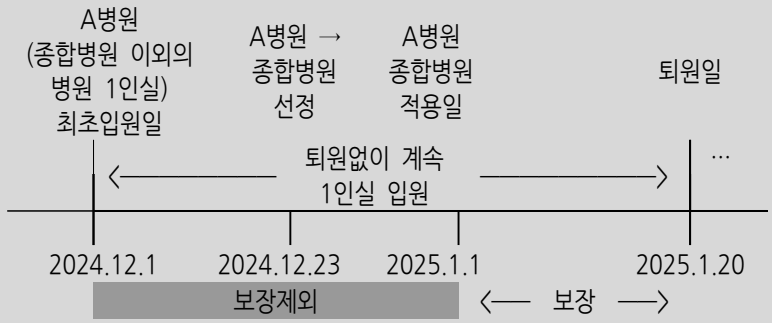
6 피보험자가 종합병원 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 5. ("종합병원"의 정의)에 해당하는 종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

7 피보험자가 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 1인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

8 피보험자가 종합병원 이외의 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 경우 종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

예시

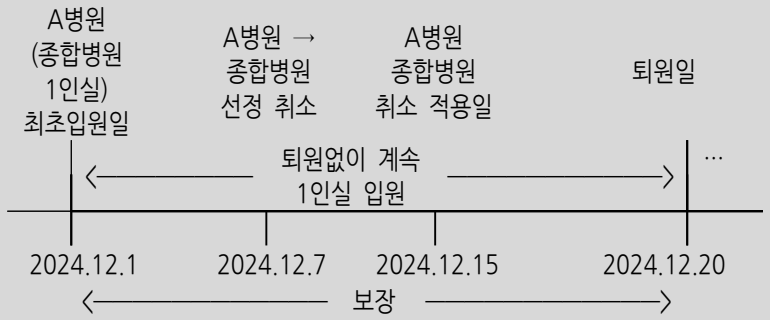
종합병원 이외의 병원 1인실 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우 보장예시



9 피보험자가 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 1인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 보장합니다.

예시

종합병원 1인실 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우 보장예시



10 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를

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

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
③ 성병
④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환
⑩ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑪ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
⑫ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원개시일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "종합병원 입원"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

107 | 질병수술비(상급종합병원)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 다음과 같이 질병수술비를 지급합니다.
① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분		지급금액
질병수술비 (상급종합병원) (동일질병당1회지급)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병수술비(상급종합병원) (동일질병당1회지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 질병수술비는 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비는 보장하지 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 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.
① 정신 및 행동장애(F04~F99)
② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)이 보장개시일부터 2년이내에 발생한 경우
③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
⑤ 비만(E66)
⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
⑦ 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
⑨ 과잉포피, 포경 및 감돈포경, 음경의 기타 장애(N47~N48)

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

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

4 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

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

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

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

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

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 수술일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 수술"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이

발생할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

108 | 질병수술비(종합병원)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술을 받은 경우에는 다음과 같이 질병수술비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분		지급금액
질병수술비 (종합병원) (동일질병당1회지급)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병수술비(종합병원) (동일질병당1회지급)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 질병수술비는 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비는 보장하지 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 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.
① 정신 및 행동장애(F04~F99)
② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)이 보장개시일부터 2년이내에 발생한 경우
③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
⑤ 비만(E66)
⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
⑦ 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
⑨ 과잉포피, 포경 및 감돈포경, 음경의 기타 장애(N47~N48)
3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.
① 건강검진, 예방접종, 인공유산
② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내,체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
③ 단순한 피로 또는 권태
④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
⑤ 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
⑥ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
3 위 1의 "수술"에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.
4 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 수술일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "종합병원 수술"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

109 | 질병수술비(상급종합병원)(매회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래와 같이 질병수술비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
질병수술비 (상급종합병원) (매회지급) (맞춤간편고지)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병수술비 (상급종합병원) (매회지급) (맞춤간편고지)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 질병수술비는 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술비를 지급합니다.
3 위 2에서 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.

용어 풀이

체간골 : '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 신체부위로 봅니다.

동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우 :
동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 함은 같은 수술실에서 수술 부위와 관계없이 시간적으로 연속하여 두 종류 이상의 수술을 받는 것을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1. (보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래에 열거된 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
   ① 일반적인 질병(제자리암·경계성종양 포함) 치료목적의 수술
      ㉮ 치료목적의 유방절제술(Mammotomy)
      ㉯ 경질적 자궁, 난소, 난관 수술
      ㉰ 망막박리 수술
      ㉱ 레이저(Laser)에 의한 안구 수술
      ㉲ 냉동응고에 의한 안구 수술
      ㉳ 중이내 튜브유치술
      ㉴ 체외충격파쇄석술(E.S.W.L)
      ㉵ 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터 (Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술
   ② 악성신생물 치료목적의 수술
      ㉮ 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술
      ㉯ 기타 악성신생물수술(단, 관혈적 악성신생물 근치수술 및 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술 제외)
   ③ 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사
      ㉮ 악성신생물 근치 방사선 조사(단, 5,000Rad 이상의 조사를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(Stereotactic radiotherapy)를 포함함)
      ㉯ 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료
   ④ 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법
2. 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

용어 풀이

관혈수술 : 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술

근치수술 : 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술

관혈적 악성신생물 근치수술 :
관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 수술

악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료 :
선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법

두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료 :
정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1. 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비는 보장하지 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 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.
   ① 정신 및 행동장애(F04~F99)
   ② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병

증(N96~N98)이 보장개시일부터 2년이내에 발생한 경우
③ 피보험자가 임신, 출산, 산후기로 수술한 경우(O00~ O99)(단, 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)은 보상합니다.)
④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
⑤ 비만(E66)
⑥ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
⑦ 과잉포피, 포경 및 감돈포경, 음경의 기타 장애(N47~N48)

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

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

4 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
(예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

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

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

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

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

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 수술일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 수술"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

110 | 질병수술비(종합병원)(매회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래와 같이 질병수술비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
질병수술비 (종합병원) (매회지급) (맞춤간편고지)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병수술비(종합병원) (매회지급) (맞춤간편고지)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 질병수술비는 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술비를 지급합니다.

3 위 2에서 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.

용어 풀이

체간골 : '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 신체부위로 봅니다.

동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우 :
동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 함은 같은 수술실에서 수술 부위와 관계없이 시간적으로 연속하여 두 종류 이상의 수술을 받는 것을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래에 열거된 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

① 일반적인 질병(제자리암·경계성종양 포함) 치료목적의 수술
- ㉮ 치료목적의 유방절제술(Mammotomy)
- ㉯ 경질적 자궁, 난소, 난관 수술
- ㉰ 망막박리 수술
- ㉱ 레이저(Laser)에 의한 안구 수술
- ㉲ 냉동응고에 의한 안구 수술
- ㉳ 중이내 튜브유치술
- ㉴ 체외충격파쇄석술(E.S.W.L)
- ㉵ 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터 (Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술

② 악성신생물 치료목적의 수술
- ㉮ 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술
- ㉯ 기타 악성신생물수술(단, 관혈적 악성신생물 근치수술 및 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술 제외)

③ 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사
- ㉮ 악성신생물 근치 방사선 조사(단, 5,000Rad 이상의 조사를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(Stereotactic radiotherapy)를 포함함)
- ㉯ 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료

④ 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를

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

용어 풀이

관혈수술 : 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술

근치수술 : 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술

관혈적 악성신생물 근치수술 :
관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 수술

악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료 :
선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법

두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료 :
정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비는 보장하지 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 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.
① 정신 및 행동장애(F04~F99)
② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)이 보장개시일부터 2년이내에 발생한 경우
③ 피보험자가 임신, 출산, 산후기로 수술한 경우(O00~ O99)(단, 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)은 보상합니다.)
④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
⑤ 비만(E66)
⑥ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
⑦ 과잉포피, 포경 및 감돈포경, 음경의 기타 장애(N47~N48)

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

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으

로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

4 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 수술일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "종합병원 수술"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

111 | 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

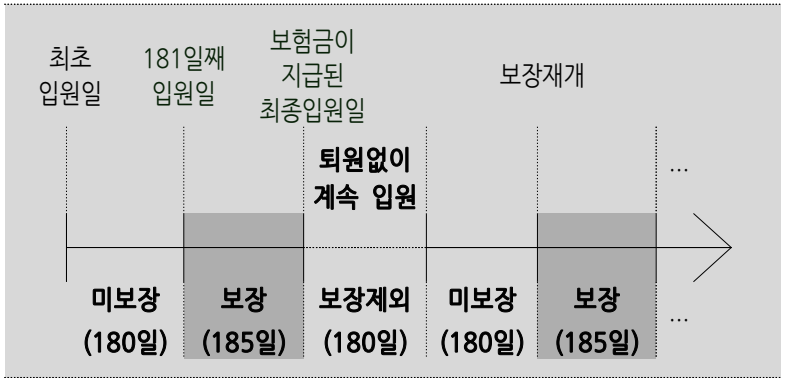
1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 질병의 치료를 목적으로 “요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원”을 제외한 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 181일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 181일째 입원일로부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)으로 지급합니다.
2 1의 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상) 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)에서 지급일수는 "요양병원“, ”정신병원“ 및 ”한방병원" 이외의 병원 또는 의원에 180일을 초과하여 입원한 날만을 기준으로 합니다.
2 1. (보험금의 지급사유)의 경우 동일한 질병의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원(“요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원” 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 적용합니다.
3 상기 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
③ 성병
④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환
⑩ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑪ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
⑫ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"의 정의)

1 이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "정신병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 정신병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 정신병원을 말합니다.
3 이 특별약관에서 "한방병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원을 말합니다.

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

112 | 항암양성자방사선치료비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후 암으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "항암양성자방사선치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 다음과 같이 항암양성자방사선치료비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
항암양성자방사선치료비(최초1회한)	보험계약일로부터 180일미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
	보험계약일로부터 180일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
항암양성자방사선치료비(최초1회한)	이 특별약관의 보험가입금액

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

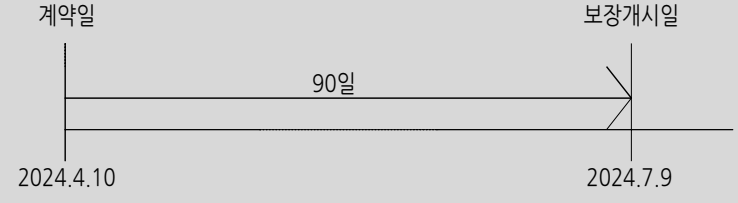
구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

3 단, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제 1회 보험료를 받은 때입니다.

예시

암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 1에서 정한

"암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("항암양성자방사선치료" 및 "항암방사선치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암양성자방사선치료"라 함은 2에서 정한 "항암방사선치료" 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

2 이 특약에서 "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.

5. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

6. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유) 1에서 정한 항암양성자방사선치료비(최초1회한)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

113 | 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후 암으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “항암 세기조절 방사선치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 다음과 같이 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
표적항암방사선치료비 (항암세기조절방사선) (최초1회한)	보험계약일로부터 180일미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
	보험계약일로부터 180일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
표적항암방사선치료비 (항암세기조절방사선) (최초1회한)	이 특별약관의 보험가입금액

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

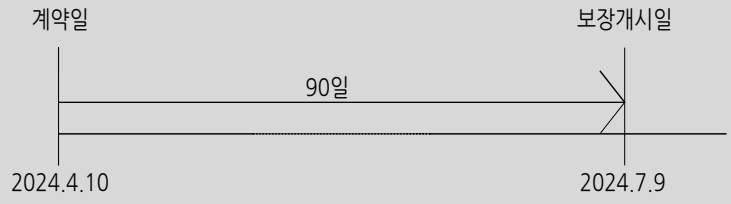
구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

3 단, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제 1회 보험료를 받은 때입니다.

예시

암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("항암세기조절방사선치료" 및 "항암방사선치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)"라 함은 ②에서 정한 "항암방사선치료" 중, 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 "세기조절방사선치료법(방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료)"을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다

② 이 특약에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

5. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

6. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

7. (특별약관의 소멸)

① 회사가 1. (보험금의 지급사유) ①에서 정한 표적항암방사선치료비(항암세기조절방사선)(최초1회한)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 위 ① 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

114 | 간병인사용질병입원일당II(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 1일당 8시간 이상 6.(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 1일당 8시간 이상 사용한 날에 대하여 1일당 다음과 같이 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분		지급금액
간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
간병인사용질병입원일당 (요양병원제외) (1일당8시간이상) (1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도 내에서 산정합니다.

3 위 1의 간병인의 사용은 1일을 기준으로 하며 간병인을 사용한 시점을 기준으로 매24시간을 1일로 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 8시간이상 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하나, 8시간미만으로 사용한 경우에는 그러하지 않습니다.

예시

간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일당 8시간이상)
지급예시1)(가입금액 5만원 기준)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 10월 1일
- 입원기간 : 2026년 11월 1일 ~ 2026년 11월 30일
- 간병인 사용기간 :
  2026년 11월 15일 오후 8시 ~ 2026년 11월 18일 오전 11시

1일기준	2026년 11월		
	15일 오후8시~ 16일 오후8시이전	16일 오후8시~ 17일 오후8시이전	17일 오후8시~ 18일 오후8시이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	15시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	O

=> 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일당 8시간이상)
: 5만원 × 3일 = 15만원

지급예시2)(가입금액 5만원 기준)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 10월 1일
- 입원기간 : 2026년 11월 1일 ~ 2026년 11월 30일
- 간병인 사용기간 :
  2026년 11월 15일 오전 9시 ~ 2026년 11월 17일 오후 3시

1일기준	2026년 11월		
	15일 오전9시~ 16일 오전9시이전	16일 오전9시~ 17일 오전9시이전	17일 오전9시~ 18일 오전9시이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	6시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

- 11월 17일 오전9시부터 18일 오전9시이전 기준의 경우 간병인 사용시간이 6시간으로 8시간 이상을 충족하지 않음 → 보험금을 지급하지 않음

=> 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일당 8시간이상)
: 5만원 × 2일 = 10만원

지급예시3)(가입금액 5만원 기준)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일
- 입원기간 : 2026년 5월 1일 ~ 2026년 11월 30일
- 간병인 사용기간 :
  2026년 10월 26일 오후 9시 ~ 2026년 10월 29일 오전 8시

1일기준	2026년 10월		
	26일 오후9시~ 27일 오후9시이전	27일 오후9시~ 28일 오후9시이전	28일 오후9시~ 29일 오후9시이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	11시간

1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

- 10월 27일이 180일째 입원일, 10월 28일이 181일째 입원일
  → 10월28일부터 180일한도 초과로 보험금을 지급하지 않음
- 10월 27일은 180일째 입원일로 27일 오후 9시부터 24시간이내 8시간 이상 간병인 사용시→ 보험금을 지급함

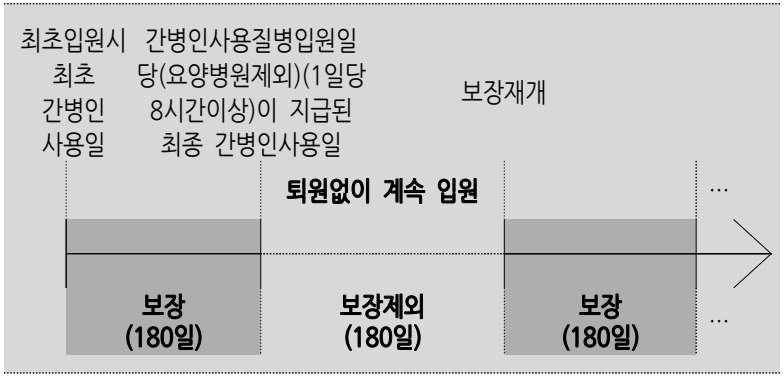
=> **간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일당 8시간이상)**
: 5만원 × 2일 = 10만원

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1.(보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 최종 간병인사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)이 지급된 최종 간병인사용일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)이 지급된 최종 간병인사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험지식



3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 1.(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
③ 성병
④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환
⑩ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑪ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
⑫ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

2 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호 · 간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)은 지급하지 않습니다.

3 1.(보험금의 지급사유)에 따라 6.(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에도 1일당 8시간 미만으로 간병인을 사용한 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("요양병원"의 정의)

"요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

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

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 6.(간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다

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

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

⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

115 | 간병인사용질병입원일당II(요양병원)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 6. (간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에서 정한 금액을 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급기준	지급금액
간병인사용 질병입원일당 (요양병원) (1일이상180일한도)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

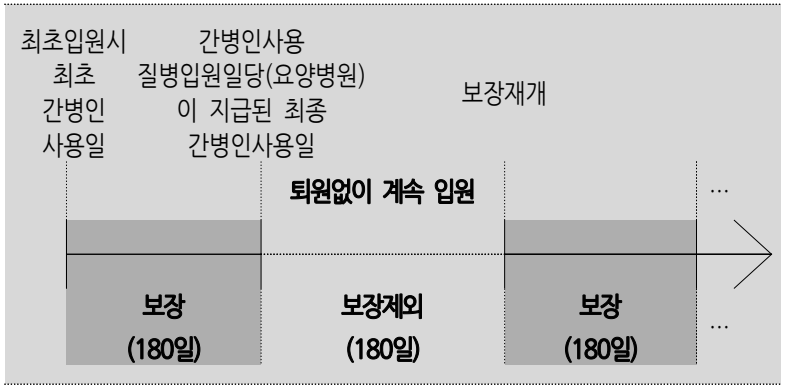
2 1의 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도 내에서 산정합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 요양병원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1. (보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

2 1에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 최종 간병인사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)이 지급된 최종 간병인사용일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)이 지급된 최종 간병인사용일의 그다음 날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 1. (보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

② 성병

③ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

④ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

⑤ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술

⑦ 정상 분만, 치과질환

3 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)은 지급하지 않습니다.

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("요양병원"의 정의)

"요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개

서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 “직업안정법”상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

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

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 6. (간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)

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

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

⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

116 | 간병인사용질병입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당8시간이상)(181일이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 “요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원”을 제외한 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 181일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 1일당 8시간 이상 6.(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 1일당 8시간 이상 사용한 날에 대하여 181일째 입원일로부터 1일당 이

특별약관의 보험가입금액을 간병인사용질병입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당8시간이상)(181일이상)으로 지급합니다.

2 위 1의 간병인사용질병입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당8시간이상)(181일이상)의 지급일수는 1회 입원당 185일 한도 내에서 산정합니다.

3 위 1의 간병인의 사용은 1일을 기준으로 하며 간병인을 사용한 시점을 기준으로 매24시간을 1일로 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 8시간이상 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하나, 8시간미만으로 사용한 경우에는 그러하지 않습니다. 단, 181일째 입원일에 이전에 간병인을 사용하여 181일째 입원일이후 까지 간병인을 사용한 경우 181일째 입원일을 간병인을 사용한 시점으로 봅니다.

예시

간병인사용질병입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당 8시간이상)(181일이상)

지급예시1)(가입금액 5만원 기준)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일
- 입원기간 : 2025년 5월 1일 ~ 2025년 11월 30일
- 간병인 사용기간 :
  2025년 5월 1일 오후 8시 ~ 2025년 10월 31일 오전 7시

1일기준	2025년 10월			
	28일	29일	30일	31일
간병인 사용시간	24시간	24시간	24시간	7시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	O	X

- 10월 28일이 181일째 입원일이므로 10월 28일부터 보장
- 10월 31일의 경우 간병인 사용시간이 7시간으로 8시간 이상을 충족하지 않음 → 보험금을 지급하지 않음

=> 간병인사용질병입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당 8시간이상)(181일이상)
: 5만원 × 3일 = 15만원

지급예시2)(가입금액 5만원 기준)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일
- 입원기간 : 2025년 5월 1일 ~ 2025년 11월 30일
- 간병인 사용기간 :
  2025년 11월 15일 오전 9시 ~ 2025년 11월 17일 오후 3시

1일기준	2025년 11월		
	15일 오전9시~ 16일 오전9시이전	16일 오전9시~ 17일 오전9시이전	17일 오전9시~ 18일 오전9시이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	6시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

- 10월 28일이 181일째 입원일이므로 10월 28일부터 보장가능
- 11월 17일 오전9시부터 18일 오전9시이전 기준의 경우 간병인 사용시간이 6시간으로 8시간 이상을 충족하지 않음 → 보험금을 지급하지 않음

=> 간병인사용질병입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당 8시간이상)(181일이상)
: 5만원 × 2일 = 10만원

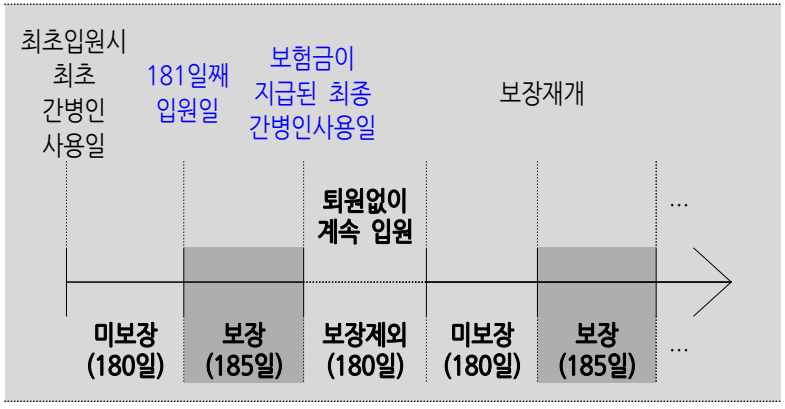
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원(“요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원” 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1.(보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용질병입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당8시간이상)(181일이상)이 지급된 최종입원의 최종 간병인사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다

만 아래와 같이 간병인사용질병입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당8시간이상)(181일이상)이 지급된 최종 간병인사용일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용질병입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당8시간이상)(181일이상)이 지급된 최종 간병인사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예시



3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용질병입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당8시간이상)(181일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 1.(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 병원(“요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원” 제외) 또는 의원에 입원하던 중 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
③ 성병
④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환
⑩ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑪ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
⑫ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

2 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호 · 간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 간병인사용질병입원일당(요양,정신및한방병원제외)(1일당8시간이상)(181일이상)은 지급하지 않습니다.

3 1.(보험금의 지급사유)에 따라 6.(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에도 1일당 8시간 미만으로 간병인을 사용한 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.

자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (“요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원”의 정의)

1 이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "정신병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 정신병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 정신병원을 말합니다.
3 이 특별약관에서 "한방병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원을 말합니다.

6. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
2 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.
3 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 6.(간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다
나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
⑤ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.
⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.
⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중

도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

117 | 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당II(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 6. (간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스(이하, 서비스라고 합니다)를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에서 정한 금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급기준	지급금액
간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 (1일이상180일한도)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

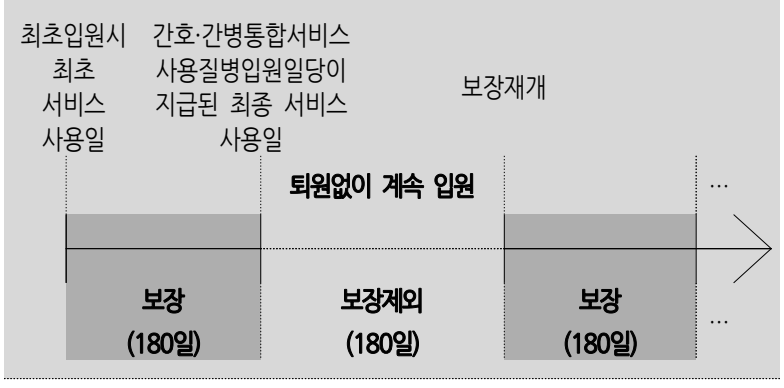
2 1의 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도 내에서 산정합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1. (보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

2 1에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 최종 서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종 서비스 사용일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종 서비스 사용일의 그다음 날을 퇴원일로 봅니다.

보험지식



3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 1. (보험금의 지급사유)에서 지급일수는 서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니

다.

6 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

② 성병

③ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

④ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

⑤ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술

⑦ 정상분만, 치과질환

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("요양병원"의 정의)

"요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 "간호·간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

인용 문구

의료법 제4조의 2(간호·간병통합서비스 제공 등)

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원 인력(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」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.
⑤ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호 · 간병통합서비스의 제공 · 확대, 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.
※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
단, 6. (간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 위의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

118 | 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 “요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원”을 제외한 병원에 181일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 6. (간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스(이하, 서비스라고 합니다)를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 181일째 입원일로부터 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)으로 지급합니다.

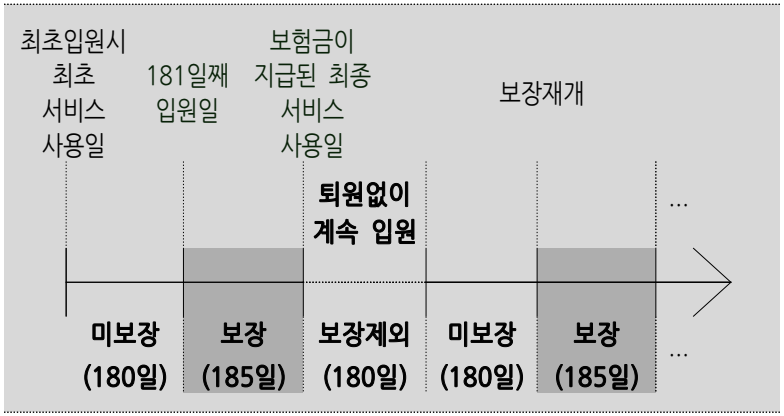
2 1의 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)의 지급일수는 1회 입원당 185일 한도 내에서 산정합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원(“요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원” 제외)을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1. (보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

2 1에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)이 지급된 최종입원의 최종 서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)이 지급된 최종 서비스 사용일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)이 지급된 최종 서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예시



3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 1. (보험금의 지급사유)에서 지급일수는 병원(“요양병원”, “정신병원” 및 “한방병원” 제외)에 입원하던 중 서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 성병
③ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
④ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑤ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑦ 정상분만, 치과질환

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"의 정의)

1 이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "정신병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 정신병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 정신병원을 말합니다.
3 이 특별약관에서 "한방병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원을 말합니다.

6. (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 "간호·간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

인용 문구

의료법 제4조의 2(간호·간병통합서비스 제공 등)

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원 인력(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」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.
⑤ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호 · 간병통합서비스의 제공 · 확대, 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.
※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
단, 6. (간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 위의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

119 | 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비Ⅱ (10일면책,연간1회한)(맞춤간편고지)(갱신형) 특별약관

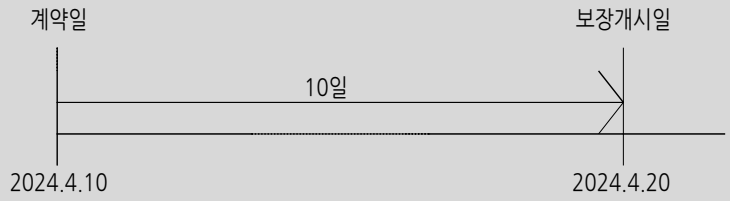
1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 독감(인플루엔자)으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "독감 항바이러스제"를 처방받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 독감(인플루엔자)항바이러스제 치료비Ⅱ(10일면책,연간 1회한)를 지급합니다.
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 10일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

독감(인플루엔자)항바이러스제 치료비Ⅱ 보장개시일
- 갱신형(최초계약)의 경우



3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("독감(인플루엔자)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "독감(인플루엔자)"이라 함은 「독감(인플루엔자) 분류표」(【별표77】 독감(인플루엔자) 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자, 확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자 및 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자를 말합니다.

② 위 ①의 독감(인플루엔자)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 배양검사, 유전자 검출 검사, 혈청검사, 신속항원 검사(Rapid Antigen test) 또는 의사의 임상적 판단 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 "독감(인플루엔자)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

4. ("독감 항바이러스제"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "독감 항바이러스제"라 함은 "독감(인플루엔자)"의 치료를 직접적인 목적으로 체내에 침입한 바이러스의 작용을 약화 또는 소멸시키기 위하여 사용하는 약제로써 진단 당시 식품의약품안전처에서 허가된 "효능·효과" 항목에 독감(인플루엔자) 바이러스 감염증의 치료제로 기재된 경우에 한하여 인정합니다.

용어 풀이

"독감 항바이러스제" 성분명 안내

"독감 항바이러스제"에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2020년 7월 기준 "독감 항바이러스제"의 성분명을 【별표77-1】(독감 항바이러스제 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

5. (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
  ① 청구서(회사양식)
  ② 사고증명서("독감 항바이러스제" 처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서 또는 의사소견서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
  ③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
  ④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 위 ①.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

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

6. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 10일이 지난 날의 다음 날입니다.

7. (특별약관의 소멸)

① 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

120 | 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(간병인비용연간300만원이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

이 특별약관은 다음의 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

120-1. 간병인사용질병입원지원비Ⅱ(요양병원제외)(간병인비용연간300만원이상)(맞춤간편고지)
120-2. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원)(간병인비용연간300만원이상)(맞춤간편고지)

120-1 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원제외)(간병인비용연간300만원이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 7. (간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용하고 "연간 간병인 사용금액 총액"이 300만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 다음과 같이 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)를 지급합니다

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

가. 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년 미만인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지급금액
300만원 이상 500만원 미만	보험가입금액의 7.5%
500만원 이상 700만원 미만	보험가입금액의 12.5%
700만원 이상 1,000만원 미만	보험가입금액의 17.5%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	보험가입금액의 25%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	보험가입금액의 37.5%
2,000만원 이상	보험가입금액의 50%

나. 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년 이상인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지급금액
300만원 이상 500만원 미만	보험가입금액의 15%
500만원 이상 700만원 미만	보험가입금액의 25%
700만원 이상 1,000만원 미만	보험가입금액의 35%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	보험가입금액의 50%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	보험가입금액의 75%
2,000만원 이상	보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

연간 간병인 사용금액 총액	지급금액
300만원 이상 500만원 미만	보험가입금액의 15%
500만원 이상 700만원 미만	보험가입금액의 25%
700만원 이상 1,000만원 미만	보험가입금액의 35%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	보험가입금액의 50%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	보험가입금액의 75%
2,000만원 이상	보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 3. ("연간 간병인 사용금액 총액" 의 정의)에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 "연간 간병인 사용금액 총액"을 기준으로 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원 지원비(요양병원제외)를 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 "연간 간병인 사용금액 총액"이 변경되어 1. (보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 1. (보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 "연간 간병인 사용금액 총액"을 적용합니다.

3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.

5 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("연간 간병인 사용금액 총액" 의 정의)

1 이 특별약관에서 "연간 간병인 사용금액 총액"이라 함은 해당 질병의 진료를 위하여 병원 또는 의원에 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 간병인 사용금액을 합산한 금액을 말하며 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

2 위 1의 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 하며, 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.

예시

연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시

예시1)

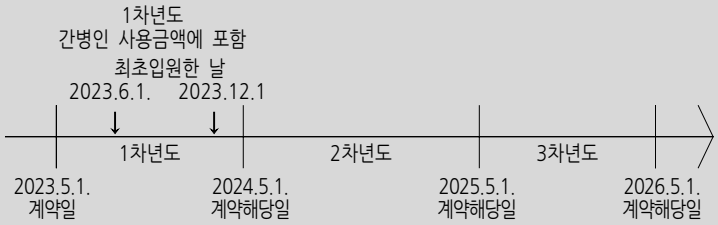
구분	입원기간	실제 간병인 사용일 및 사용금액
A질병	2023년 6월 1일 ~ 6월30일 (30일)	2023년 6월 11일 ~ 6월 17일 (사용일수 7일, 사용금액 70만원)
B질병	2023년 12월 1일 ~ 12월 30일 (30일)	2023년 12월 4일 ~ 12월 13일 (사용일수 10일, 사용금액 300만원)

-. (A질병) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용
(10만원 × 7일 = 70만원)

-. (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 한도로 적용
(25만원 × 10일 = 250만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 70만원 + (B질병) 250만원
= 320만원

=> 보험가입금액의 7.5% 지급, 1차년도 지급금액 : 15만원



예시2)

구분	입원기간	실제 간병인 사용일 및 사용금액
A질병	2024년 4월 20일 ~ 5월 19일 (30일)	2024년 4월 25일 ~ 5월 14일 (사용일수 20일, 사용금액 400만원)
B질병	2024년 11월 20일 ~ 12월 19일 (30일)	2024년 11월 25일 ~ 12월 14일 (사용일수 20일, 사용금액 600만원)

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함

-. (A질병) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용
(20만원 × 20일 = 400만원)

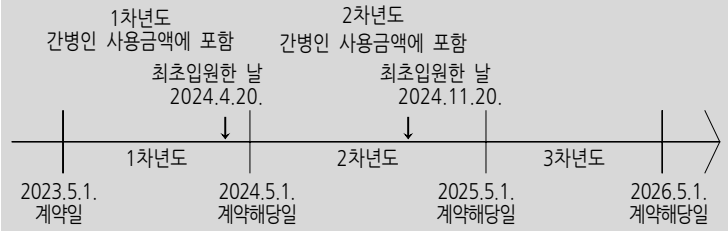
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 400만원

=> 보험가입금액의 7.5% 지급, 1차년도 지급금액 : 15만원

-. (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 한도로 적용
(25만원 × 20일 = 500만원)

→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 500만원

=> 보험가입금액의 25% 지급, 2차년도 지급금액 : 50만원



4. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 성병
③ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
④ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑤ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑦ 정상분만, 치과질환

3 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)는 지급하지 않습니다.

5. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

6. (“요양병원”의 정의)

“요양병원”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

7. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 “직업안정법”상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

8. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 7. (간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
  나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
⑤ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.
⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가서류를 요청할 수 있습니다.
⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱

신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

120-2 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원)(간병인비용연간300만원이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 7. (간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용하고 "연간 간병인 사용금액 총액"이 300만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 다음과 같이 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

가. 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년 미만인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지급금액
300만원 이상 500만원 미만	보험가입금액의 7.5%
500만원 이상 700만원 미만	보험가입금액의 12.5%
700만원 이상 1,000만원 미만	보험가입금액의 17.5%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	보험가입금액의 25%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	보험가입금액의 37.5%
2,000만원 이상	보험가입금액의 50%

나. 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년 이상인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지급금액
300만원 이상 500만원 미만	보험가입금액의 15%
500만원 이상 700만원 미만	보험가입금액의 25%
700만원 이상 1,000만원 미만	보험가입금액의 35%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	보험가입금액의 50%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	보험가입금액의 75%
2,000만원 이상	보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

연간 간병인 사용금액 총액	지급금액
300만원 이상 500만원 미만	보험가입금액의 15%
500만원 이상 700만원 미만	보험가입금액의 25%
700만원 이상 1,000만원 미만	보험가입금액의 35%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	보험가입금액의 50%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	보험가입금액의 75%
2,000만원 이상	보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 3. ("연간 간병인 사용금액 총액" 의 정의)에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 "연간 간병인 사용금액 총액"을 기준으로 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원 지원비(요양병원)를 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 "연간 간병인 사용금액 총액"이 변경되어 1. (보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 1. (보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 요양병원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 "연간 간병인 사용금액 총액"을 적용합니다.

3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.

5 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("연간 간병인 사용금액 총액" 의 정의)

1 이 특별약관에서 "연간 간병인 사용금액 총액"이라 함은 해당 질병의 진료를 위하여 병원 또는 의원에 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 간병인 사용금액을 합산한 금액을 말하며 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

2 위 1의 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 하며, 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.

예시

연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시

예시1)

구분	입원기간	실제 간병인 사용일 및 사용금액
A질병	2023년 6월 1일 ~ 6월30일 (30일)	2023년 6월 11일 ~ 6월 17일 (사용일수 7일, 사용금액 70만원)
B질병	2023년 12월 1일 ~ 12월 30일 (30일)	2023년 12월 4일 ~ 12월 13일 (사용일수 10일, 사용금액 300만원)

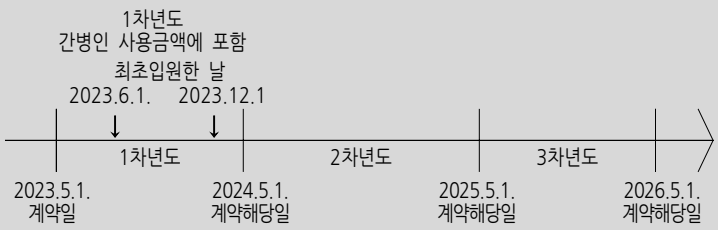
-. (A질병) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용
(10만원 × 7일 = 70만원)

-. (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 한도로 적용

(25만원 × 10일 = 250만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 70만원 + (B질병) 250만원 = 320만원

=> 보험가입금액의 7.5% 지급, 1차년도 지급금액 : 15만원



예시2)

구분	입원기간	실제 간병인 사용일 및 사용금액
A질병	2024년 4월 20일 ~ 5월 19일 (30일)	2024년 4월 25일 ~ 5월 14일 (사용일수 20일, 사용금액 400만원)
B질병	2024년 11월 20일 ~ 12월 19일 (30일)	2024년 11월 25일 ~ 12월 14일 (사용일수 20일, 사용금액 600만원)

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함

-. (A질병) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용

(20만원 × 20일 = 400만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 400만원

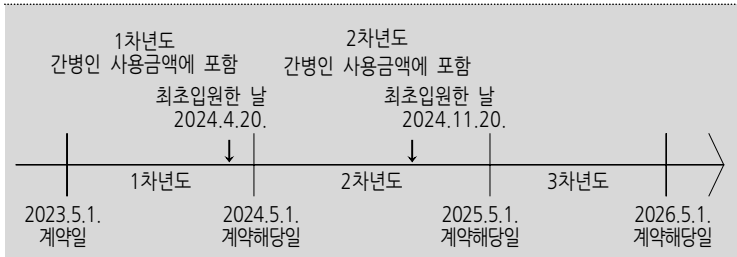
=> 보험가입금액의 7.5% 지급, 1차년도 지급금액 : 15만원

-. (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 한도로 적용

(25만원 × 20일 = 500만원)

→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 500만원

=> 보험가입금액의 25% 지급, 2차년도 지급금액 : 50만원



4. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

② 성병

③ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

④ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

⑤ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술

⑦ 정상분만, 치과질환

3 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)는 지급하지 않습니다.

5. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

6. ("요양병원"의 정의)

"요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

7. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

8. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 7. (간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)
  나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
⑤ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.
⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가서류를 요청할 수 있습니다.
⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱

신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

121 | 간병인사용질병입원일당II(요양병원제외)(체증형)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 1일당 8시간 이상 6.(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 1일당 8시간 이상 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관에 따라 다음의 금액을 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
간병인사용 질병입원일당 (요양병원제외)(체증형) (1일당8시간이상) (1일이상180일한도)	보험계약일로부터1년미만	보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터1년이상 5년미만	보험가입금액의 100%
	보험계약일로부터 5년이상 10년미만	보험가입금액의 120%
	보험계약일로부터 10년이상 15년미만	보험가입금액의 150%
	보험계약일로부터 15년이상 20년미만	보험가입금액의 180%
	보험계약일로부터 20년이상	보험가입금액의 200%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
간병인사용질병입원일당 (요양병원제외)(체증형) (1일당8시간이상) (1일이상180일한도)	보험가입금액의 200%

2 위 1의 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도 내에서 산정합니다.

3 위 1의 간병인의 사용은 1일을 기준으로 하며 간병인을 사용한 시점을 기준으로 매24시간을 1일로 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 8시간이상 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하나, 8시간미만으로 사용한 경우에는 그러하지 않습니다.

예시

간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당 8시간이상) 지급예시1)(가입금액 5만원 기준)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 10월 1일
- 입원기간 : 2026년 11월 1일 ~ 2026년 11월 30일
- 간병인 사용기간 : 2026년 11월 15일 오후 8시 ~ 2026년 11월 18일 오전 11시

1일기준	2026년 11월		
	15일 오후8시~ 16일 오후8시이전	16일 오후8시~ 17일 오후8시이전	17일 오후8시~ 18일 오후8시이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	15시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	O

=> **간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당 8시간이상) : 5만원 × 3일 = 15만원**

지급예시2)(가입금액 5만원 기준)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 10월 1일
- 입원기간 : 2026년 11월 1일 ~ 2026년 11월 30일
- 간병인 사용기간 :
  2026년 11월 15일 오전 9시 ~ 2026년 11월 17일 오후 3시

1일기준	2026년 11월		
	15일 오전9시~ 16일 오전9시이전	16일 오전9시~ 17일 오전9시이전	17일 오전9시~ 18일 오전9시이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	6시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

- 11월 17일 오전9시부터 18일 오전9시이전 기준의 경우 간병인 사용시간이 6시간으로 8시간 이상을 충족하지 않음 → 보험금을 지급하지 않음

=> 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당 8시간이상) : 5만원 × 2일 = 10만원

지급예시3)(가입금액 5만원 기준)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일
- 입원기간 : 2026년 5월 1일 ~ 2026년 11월 30일
- 간병인 사용기간 :
  2026년 10월 26일 오후 9시 ~ 2026년 10월 29일 오전 8시

1일기준	2026년 10월		
	26일 오후9시~ 27일 오후9시이전	27일 오후9시~ 28일 오후9시이전	28일 오후9시~ 29일 오후9시이전
간병인 사용시간	24시간	24시간	11시간
1일 8시간이상 사용여부	O	O	X

- 10월 27일이 180일째 입원일, 10월 28일이 181일째 입원일 → 10월28일부터 180일한도 초과로 보험금을 지급하지 않음
- 10월 27일은 180일째 입원일로 27일 오후 9시부터 24시간이내 8시간 이상 간병인 사용시→ 보험금을 지급함

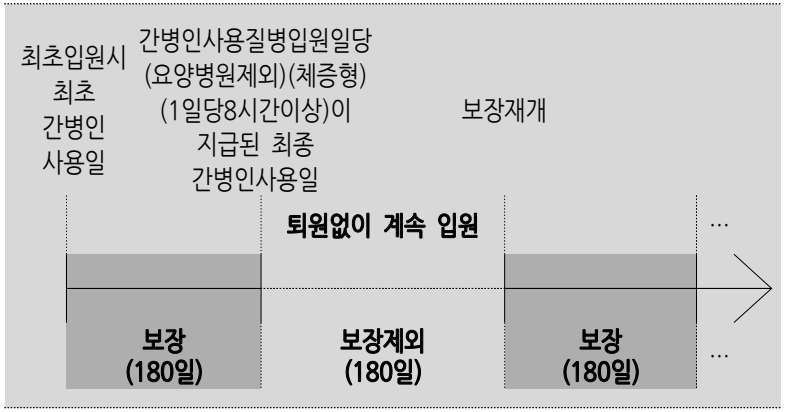
=> 간병인사용상해입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당 8시간이상) : 5만원 × 2일 = 10만원

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1.(보험금의 지급사유) ①을 적용합니다.

② 위 ①에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 최종 간병인사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)이 지급된 최종 간병인사용일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)이 지급된 최종 간병인사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 1.(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
③ 성병
④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환
⑩ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑪ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
⑫ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

2 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호 · 간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1.(보험금의 지급사유)의 간병인사용질병입원일당(요양병원제외)(체증형)(1일당8시간이상)(1일이상180일한도)은 지급하지 않습니다.

3 1.(보험금의 지급사유)에 따라 6.(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에도 1일당 8시간 미만으로 간병인을 사용한 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("요양병원"의 정의)

"요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동

을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

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

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 6.(간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다

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

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

⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

122 | 간병인사용질병입원일당II(요양병원)(체증형)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 6. (간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에서 정한 금액을 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급기준	지급금액
간병인사용 질병입원일당 (요양병원)(체증형) (1일이상180일한도)	보험계약일로부터 1년미만	보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상 5년미만	보험가입금액의 100%
	보험계약일로부터 5년이상 10년미만	보험가입금액의 120%
	보험계약일로부터 10년이상 15년미만	보험가입금액의 150%
	보험계약일로부터 15년이상 20년미만	보험가입금액의 180%
	보험계약일로부터 20년이상	보험가입금액의 200%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
간병인사용 질병입원일당(요양병원)(체증형) (1일이상180일한도)	보험가입금액의 200%

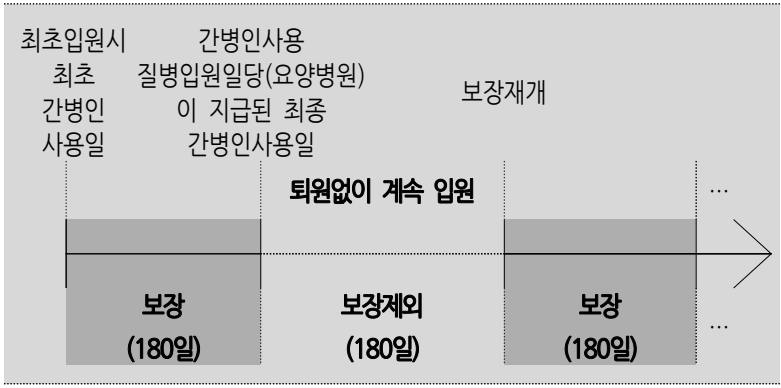
2 1의 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도 내에서 산정합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 요양병원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1. (보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

2 1에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 최종 간병인사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)이 지급된 최종 간병인사용일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)이 지급된 최종 간병인사용일의 그다음 날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 1. (보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

② 성병

③ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

④ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

⑤ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술

⑦ 정상 분만, 치과질환

3 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원일당(요양병원)(1일이상180일한도)은 지급하지 않습니다.

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.

자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("요양병원"의 정의)

"요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

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

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 6. (간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류

의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)

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

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

⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

123 | 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당II(체증형)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 6. (간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스(이하, 서비스라고 합니다)를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에서 정한 금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급기준	지급금액
간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당 (1일이상180일한도)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상 5년미만	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	보험계약일로부터 5년이상 10년미만	이 특별약관 보험가입금액의 120%
	보험계약일로부터 10년이상 15년미만	이 특별약관 보험가입금액의 150%
	보험계약일로부터 15년이상 20년미만	이 특별약관 보험가입금액의 180%
	보험계약일로부터 20년이상	이 특별약관 보험가입금액의 200%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 200%

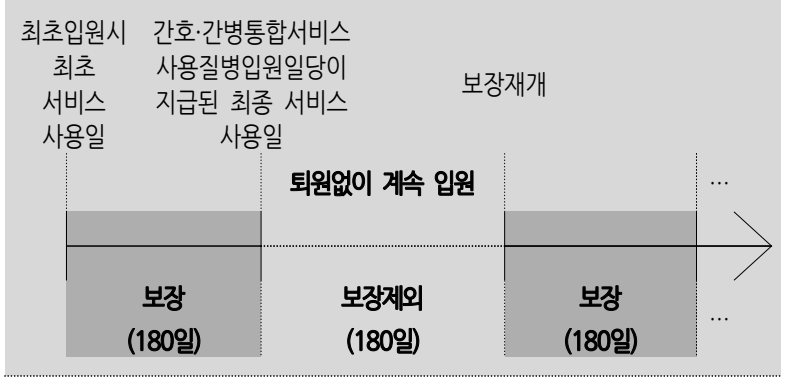
2 1의 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도 내에서 산정합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원(요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1. (보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

2 1에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 최종 서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종 서비스 사용일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종 서비스 사용일의 그다음 날을 퇴원일로 봅니다.

보험지식



3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 1. (보험금의 지급사유)에서 지급일수는 서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

6 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

② 성병

③ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

④ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

⑤ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술

⑦ 정상분만, 치과질환

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (“요양병원”의 정의)

“요양병원”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 "간호·간병통합서비스"라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

인용 문구

의료법 제4조의 2(간호·간병통합서비스 제공 등)

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원 인력(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」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할수 있다.
⑤ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호 · 간병통합서비스의 제공 · 확대, 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.
※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
단, 6. (간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 위의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서

류이어야 합니다.

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

124 | 특정항암호르몬약물허가치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "특정항암호르몬약물허가치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 다음과 같이 특정항암호르몬약물허가치료비(유사암제외)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
특정항암호르몬약물허가치료비(유사암제외)(연간1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
특정항암호르몬약물허가치료비(유사암제외)(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액

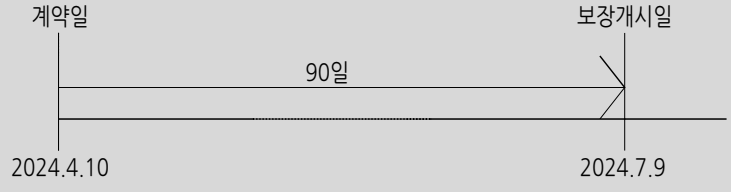
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



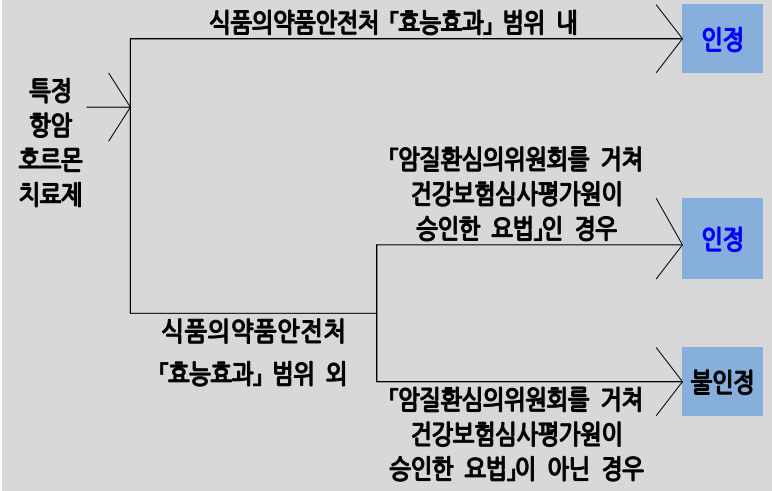
3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

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 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우에는 보장합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위



용어 풀이

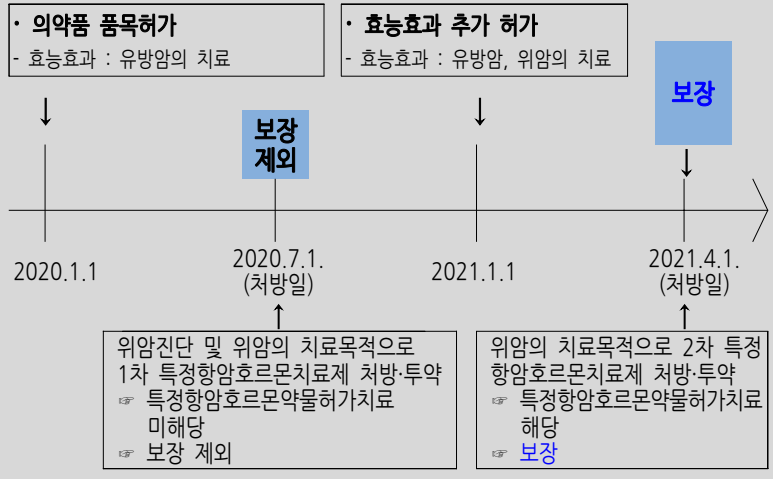
암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

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.

2 1. (보험금의 지급사유)의 "특정항암호르몬약물허가치료"를 받은 경우라 함은 "특정항암호르몬치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 4. (특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 3에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

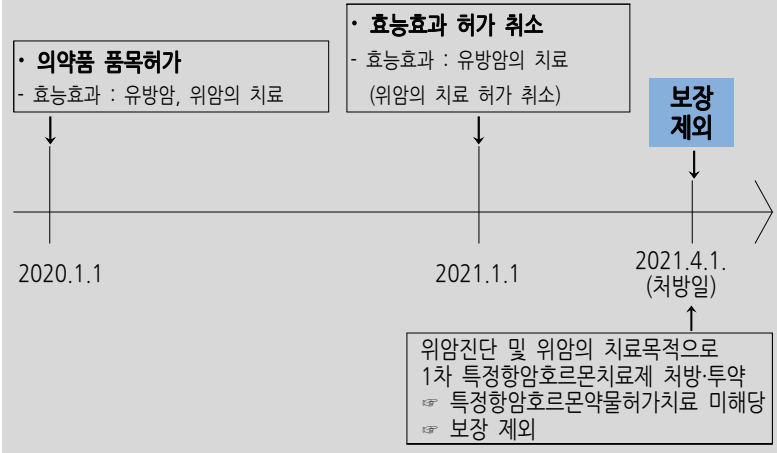
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



3 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암"등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)」(【별표7】악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

보험 지식

유의사항

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생

물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

6 위 5에 따른 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "특정항암호르몬치료제"란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표36】(특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정항암호르몬약물허가치료"라 함은 5. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료 과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 치료를 목적으로 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 내로 사용된 경우
② 식품의약품안전처에서 허가된 "효능효과" 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

"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, ①에서 정한 "특정항암호르몬치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

5. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다))에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

6. (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정항암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      ㄱ. 진단명
      ㄴ. 투약한 약제의 제품명
      ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 위 ①.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함

하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

125 | 특정항암호르몬약물허가치료비II(유사암제외)(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고 그 치료를 치료를 직접적인 목적으로 "특정항암호르몬약물허가치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 다음과 같이 특정항암호르몬약물허가치료비(유사암제외)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
특정항암호르몬약물허가치료비(유사암제외)(최초1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
특정항암호르몬약물허가치료비(유사암제외)(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액

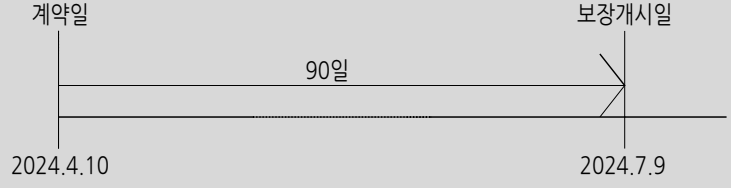
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

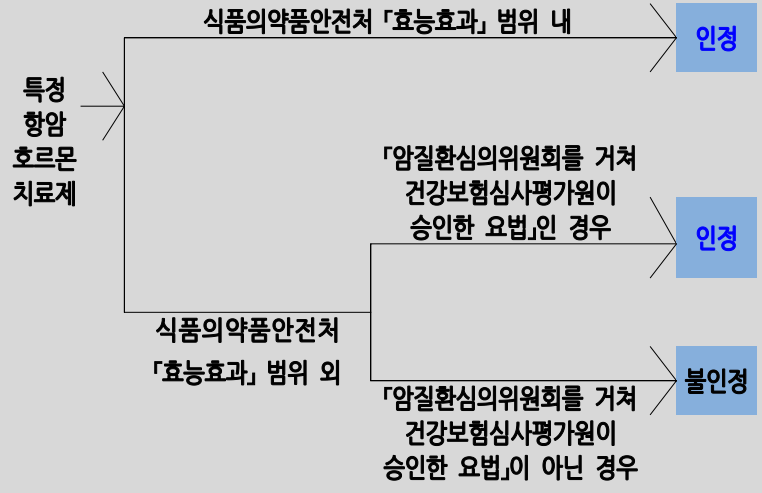


2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)”으로 사용된 경우에는 보장합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위



용어 풀이

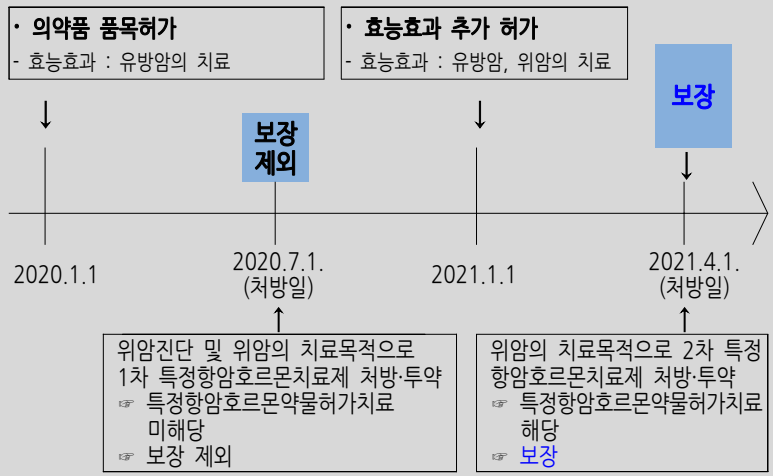
암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

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.

2 1. (보험금의 지급사유)의 “특정항암호르몬약물허가치료”를 받은 경우라 함은 “특정항암호르몬치료제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 4. (특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 3에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

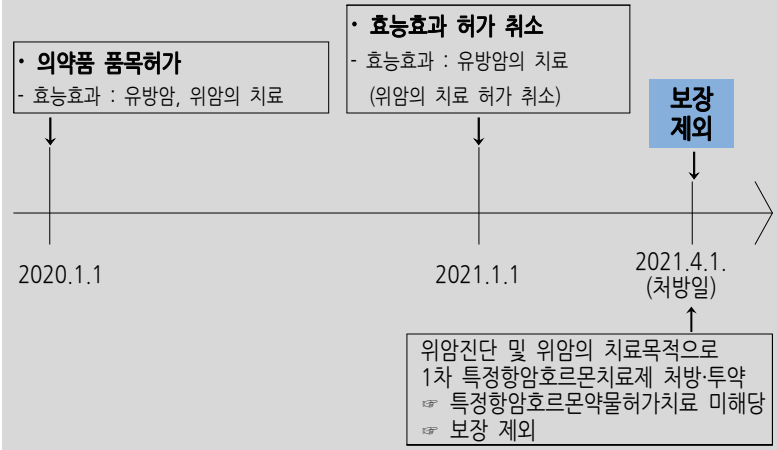
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



3 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암"등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)」(【별표7】악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.

보험 지식

유의사항

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생

물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

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

6 위 5에 따른 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "특정항암호르몬치료제"란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표36】(특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정항암호르몬약물허가치료"라 함은 5. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료 과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 치료를 목적으로 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

"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, ①에서 정한 "특정항암호르몬치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

5. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다))에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

6. (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정항암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      ㄱ. 진단명
      ㄴ. 투약한 약제의 제품명
      ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 위 ①.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(가타피부암 및 갑상선암 제외)으로 진단확정되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유) 1에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료비(유사암제외)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

126 | 상급종합병원2,3인실질병입원일당II(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병으로 인하여 상급종합병원의 2~3인실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 입원 첫 날부터 입원 1일당 다음과 같이 상급종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분		지급금액
상급종합병원 2~3인실 질병입원일당 (1일이상30일한도)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
상급종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

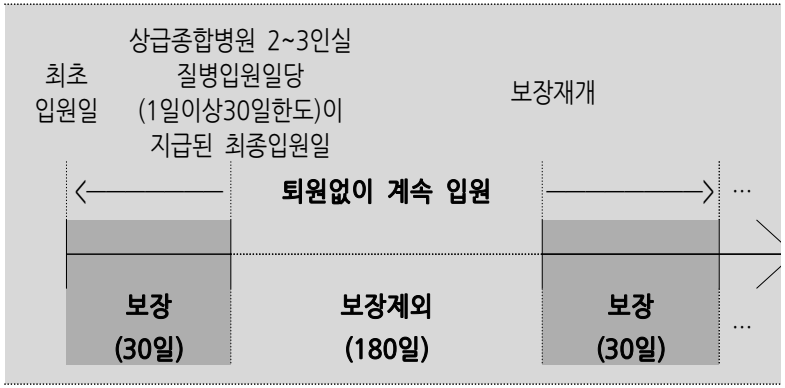
1 1. (보험금의 지급사유)의 상급종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도) 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 상급종합병원의 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 2~3인실에 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 다른 상급종합병원으로 이전하여 2~3인실에 입원한 경우를 포함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 2~3인실 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 상급종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하

여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 상급종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 상급종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일의 그다음 날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1. (보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 상급종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

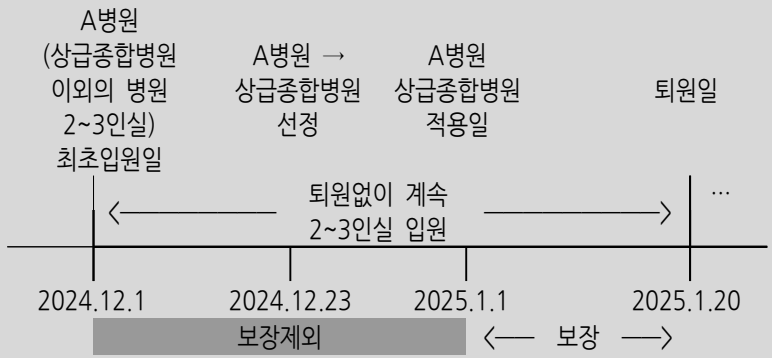
6 피보험자가 상급종합병원 2~3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 5. ("상급종합병원"의 정의)에 해당하는 상급종합병원의 2~3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

7 피보험자가 5. ("상급종합병원"의 정의)에 해당하는 상급종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 2~3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

8 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우 상급종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

예시

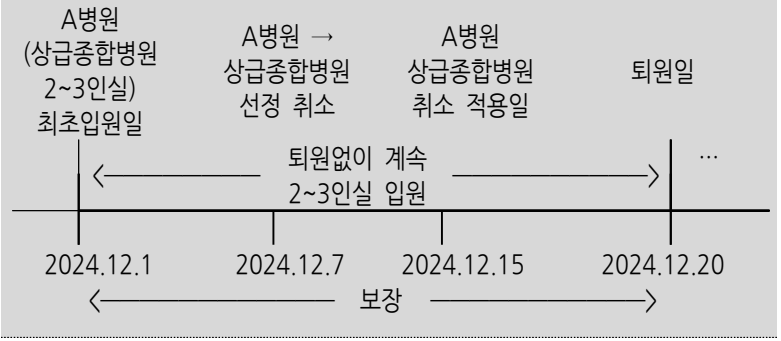
상급종합병원 이외의 병원 2~3인실 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 보장예시



9 피보험자가 상급종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 상급종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 보장합니다.

예시

상급종합병원 2~3인실 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 보장예시



10 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하

지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
③ 성병
④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환
⑩ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑪ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
⑫ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원개시일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 입원"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 5. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이

있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

127 | 종합병원2,3인실질병입원일당II(1일이상30일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병으로 인하여 종합병원의 2~3인실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원1일당 다음과 같이 종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분		지급금액
종합병원 2~3인실 질병입원일당 (1일이상30일한도)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
종합병원 2~3인실 질병입원일당 (1일이상30일한도)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

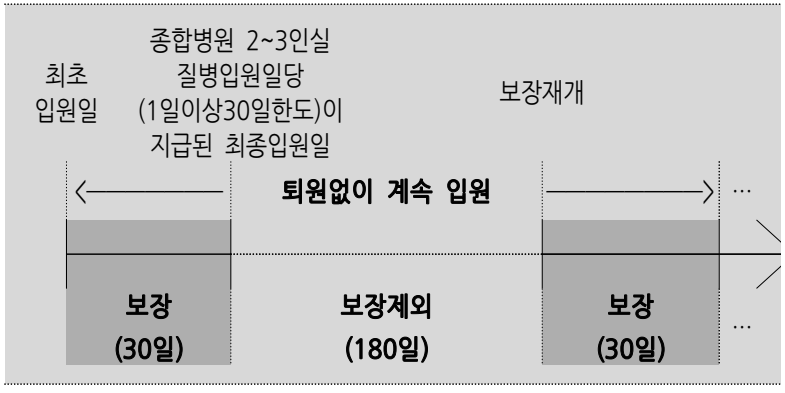
1 1. (보험금의 지급사유)의 종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도) 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다. 이 경우 종합병원의 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 2~3인실에 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 다른 종합병원으로 이전하여 2~3인실에 입원한 경우를 포함)에는 이를 1회 입원으로 보아 각 2~3인실 입원일수를 합산하여 위 1을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개

시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일의 그다음 날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 1. (보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

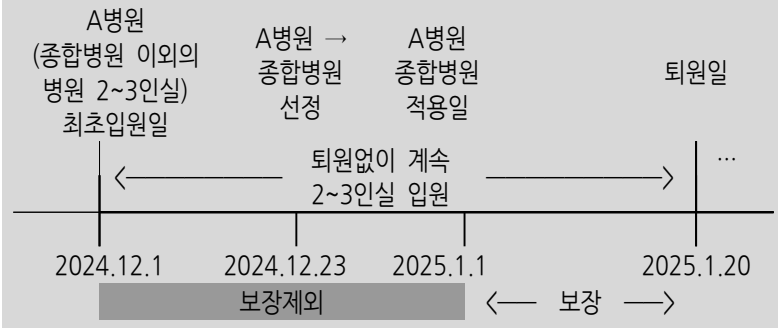
6 피보험자가 종합병원 2~3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 5. ("종합병원"의 정의)에 해당하는 종합병원의 2~3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

7 피보험자가 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 2~3인실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 지급합니다.

8 피보험자가 종합병원 이외의 병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원에 해당하는 경우 종합병원 적용일부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

예시

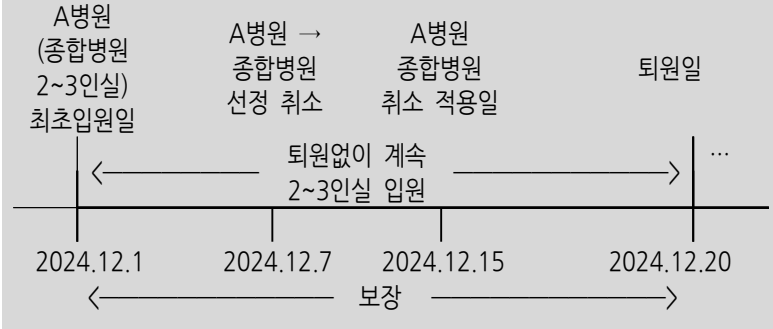
종합병원 이외의 병원 2~3인실 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우 보장예시



9 피보험자가 종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 1, 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 종합병원 2~3인실 질병입원일당(1일이상30일한도)을 보장합니다.

예시

종합병원 2~3인실 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우 보장예시



10 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
③ 성병
④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환
⑩ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑪ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
⑫ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원개시일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "종합병원 입원"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

128 | 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한)(10년지급대상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "암(유사암제외)"으로 최초 진단확정되고, "보험금 지급 대상기간" 이내에 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 연간 1회에 한하여 다음과 같이 암주요치료비Ⅱ(유사암제외)를 지급합니다.

구분	지급금액
암주요치료비Ⅱ (유사암제외)	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

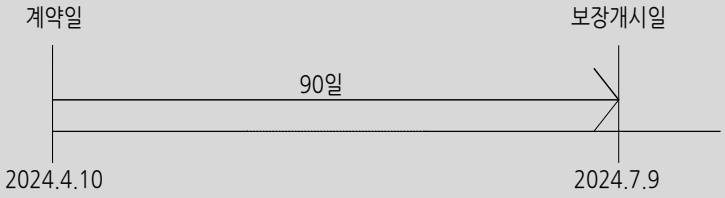
2 위 1의 암주요치료는 "암(유사암제외)"(최초 진단과 상이한 "암(유사암제외)"도 포함합니다)를 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
3 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

암(유사암제외) 보장개시일

예시

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



4 위 1의 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 "암(유사암제외)"의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

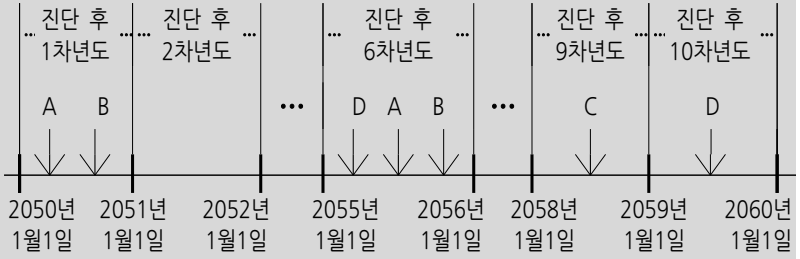
5 위 1의 "연간"이라 함은 "암(유사암제외)"의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "암(유사암제외)"의 진단해당일 ("암(유사암제외)"의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 "암(유사암제외)"의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 "암(유사암제외)"의 진단해당일로 합니다.

암주요치료비Ⅱ(유사암제외)(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 (보험가입금액 1,000만원기준, 30년 만기)

예시

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- C15(식도의 악성신생물) 최초진단 확정일 : 2050년 1월 1일
- C32(후두의 악성신생물) 최초진단 확정일 : 2051년 1월 1일

A : 암수술(C15)
B : 항암방사선치료(C15)
C : 항암약물치료(C15)
D : 항암약물치료(C32)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
1,000만원	-		1,000만원		1,000만원	1,000만원

※ 2050년 1월1일 C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년1월1일로부터 10년입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 “암(유사암제외)”으로 최초 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 “보험금 지급 대상기간”이 만료되지 않았을 경우에는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3. (“암” 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 “암(유사암제외)”이라 함은 1에서 정한 “암”에서 3에서 정한 “기타피부암” 및 4에서 정한 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

5 “암(유사암제외)” 의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암(유사암제외)”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

6 위 5에 따른 “암(유사암제외)”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(유사암제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

“암(유사암제외)”의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (“암 주요치료”의 정의)

1 “암 주요치료”에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

2 “암 주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
② 면역력 강화 치료
③ 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
④ 호르몬 관련 치료제
⑤ ① 내지 ④ 이외의 “암 주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

3 2에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암 주요치료”로 봅니다.

용어 풀이

호르몬 관련 치료제

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암(유사암제외)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 “암(유사암제외)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
3 위 1의 “수술”에 “항암방사선치료” 와 “항암약물치료”는 포함되지 않습니다.
4 위 1의 “수술”에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

“기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술”이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
(예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

6. (“항암방사선치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

7. (“항암약물치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

8. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 “암(유사암제외)”에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 “암(유사암제외)”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

9. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 “암(유사암제외)”에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 피보험자가 1. (보험금의 지급사유) 1의 “암(유사암제외)”으로 최초 진단확정을 받고 “보험금 지급 대상기간”이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

11. (특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 26. (제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 1. (보험금의 지급사유) 1의 “암(유사암제외)”으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

12. (특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 35. (해약환급금)을 따릅니다. 단, 1. (보험금의 지급사유) ①의 "암(유사암제외)"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간" 이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

13. (특별약관의 갱신)

① 이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

② 위 ①에도 불구하고 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) ①에서 정한 "암(유사암제외)"으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

14. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) ② 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

129 | 기타피부암 및 갑상선암주요치료비Ⅱ(연간1회한)(10년지급대상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정되고, "보험금 지급 대상기간" 이내에 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 연간 1회에 한하여 다음과 같이 기타피부암 및 갑상선암주요치료비Ⅱ를 지급합니다.

구분	지급금액
기타피부암 및 갑상선암주요치료비Ⅱ	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

② 위 ①의 암주요치료는 "기타피부암" 또는 "갑상선암"(최초 진단과 상이한 "기타피부암" 또는 "갑상선암"도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

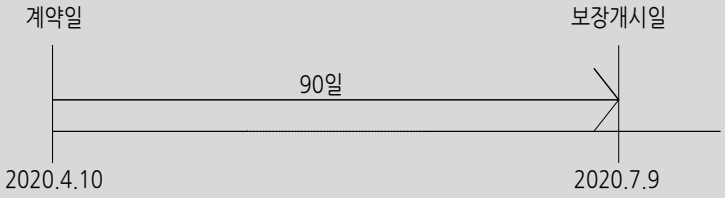
③ 위 ①에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

기타피부암 및 갑상선암 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



4 위 1의 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

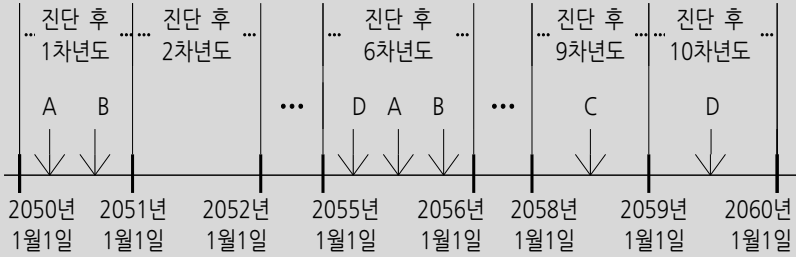
5 위 1의 “연간”이라 함은 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단해당일 ("기타피부암“ 또는 ”갑상선암“의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 “기타피부암” 및 “갑상선암” 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 “기타피부암” 및 “갑상선암” 진단해당일로 합니다.

예시

기타피부암 및 갑상선암주요치료비Ⅱ(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 (보험가입금액 200만원기준, 30년 만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- C44(기타 피부의 악성신생물) 최초진단 확정일 : 2050년 1월 1일
- C73(갑상선의 악성신생물) 최초진단 확정일 : 2051년 1월 1일

A : 암수술(C44)
B : 항암방사선치료(C44)
C : 항암약물치료(C44)
D : 항암약물치료(C73)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
200만원	-		200만원		200만원	200만원

※ 2050년 1월1일 C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단 이후 C44(기타 피부의 악성신생물) 이외의 “기타피부암” 또는 “갑상선암”을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년1월1일로부터 10년입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 “보험금 지급 대상기간”이 만료되지 않았을 경우에는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3. (“기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

3 “기타피부암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

4 “갑상선암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

5 위 3 및 4에 따른 “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

“기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

4. (“암 주요치료”의 정의)

1 “암 주요치료”에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

2 “암 주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

② 면역력 강화 치료

③ 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 호르몬 관련 치료제

⑤ ① 내지 ④ 이외의 “암 주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

3 위 2에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암 주요치료”로 봅니다.

용어풀이

호르몬 관련 치료제

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

6. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

7. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

8. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 "기타피부암" 및 "갑상선암"에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

9. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 "기타피부암" 및 "갑상선암"에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날입니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 피보험자가 1. (보험금의 지급사유) 1의 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

11. (특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 26. (제2회 이후 보험료의 납

입)을 따릅니다. 단, 1. (보험금의 지급사유) ①의 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

12. (특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 35. (해약환급금)을 따릅니다. 단, 1. (보험금의 지급사유) ①의 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정을 받고 “보험금 지급대상기간” 이내에 해지하는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

13. (특별약관의 갱신)

① 이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

② 위 ①에도 불구하고 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) ①에서 정한 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

14. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) ② 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

130 | 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(간병인비용연간100만원이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

이 특별약관은 다음의 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

130-1. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원제외)(간병인비용연간100만원이상)(맞춤간편고지)

130-2. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원)(간병인비용연간100만원이상)(맞춤간편고지)

130-1 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원제외)(간병인비용연간100만원이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 7. (간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 “연간 간병인 사용금액 총액”이 100만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 다음과 같이 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

가. 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년 미만인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지급금액
100만원 이상 300만원 미만	보험가입금액의 2.5%
300만원 이상 500만원 미만	보험가입금액의 7.5%
500만원 이상 700만원 미만	보험가입금액의 12.5%
700만원 이상 1,000만원 미만	보험가입금액의 17.5%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	보험가입금액의 25%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	보험가입금액의 37.5%
2,000만원 이상	보험가입금액의 50%

나. 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년 이상인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지급금액
100만원 이상 300만원 미만	보험가입금액의 5%
300만원 이상 500만원 미만	보험가입금액의 15%
500만원 이상 700만원 미만	보험가입금액의 25%
700만원 이상 1,000만원 미만	보험가입금액의 35%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	보험가입금액의 50%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	보험가입금액의 75%
2,000만원 이상	보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

연간 간병인 사용금액 총액	지급금액
100만원 이상 300만원 미만	보험가입금액의 5%
300만원 이상 500만원 미만	보험가입금액의 15%
500만원 이상 700만원 미만	보험가입금액의 25%
700만원 이상 1,000만원 미만	보험가입금액의 35%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	보험가입금액의 50%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	보험가입금액의 75%
2,000만원 이상	보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 3. ("연간 간병인 사용금액 총액" 의 정의)에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 "연간 간병인 사용금액 총액"을 기준으로 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원 지원비(요양병원제외)를 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 "연간 간병인 사용금액 총액"이 변경되어 1. (보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 1. (보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 "연간 간병인 사용금액 총액"을 적용합니다.

3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.

5 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (“연간 간병인 사용금액 총액” 의 정의)

1 이 특별약관에서 “연간 간병인 사용금액 총액”이라 함은 해당 질병의 진료를 위하여 병원 또는 의원에 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 간병인 사용금액을 합산한 금액을 말하며 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

2 위 1의 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 하며, 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.

예시

연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시

예시1)

구분	입원기간	실제 간병인 사용일 및 사용금액
A질병	2023년 6월 1일 ~ 6월30일 (30일)	2023년 6월 11일 ~ 6월 17일 (사용일수 7일, 사용금액 70만원)
B질병	2023년 12월 1일 ~ 12월 30일 (30일)	2023년 12월 4일 ~ 12월 13일 (사용일수 10일, 사용금액 300만원)

-. (A질병) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용
(10만원 × 7일 = 70만원)

-. (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 한도로 적용
(25만원 × 10일 = 250만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 70만원 + (B질병) 250만원 = 320만원

=> 보험가입금액의 7.5% 지급, 1차년도 지급금액 : 15만원

예시2)

구분	입원기간	실제 간병인 사용일 및 사용금액
A질병	2024년 4월 20일 ~ 5월 19일 (30일)	2024년 4월 25일 ~ 5월 14일 (사용일수 20일, 사용금액 400만원)
B질병	2024년 11월 20일 ~ 12월 19일 (30일)	2024년 11월 25일 ~ 12월 14일 (사용일수 20일, 사용금액 600만원)

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함

-. (A질병) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용
(20만원 × 20일 = 400만원)

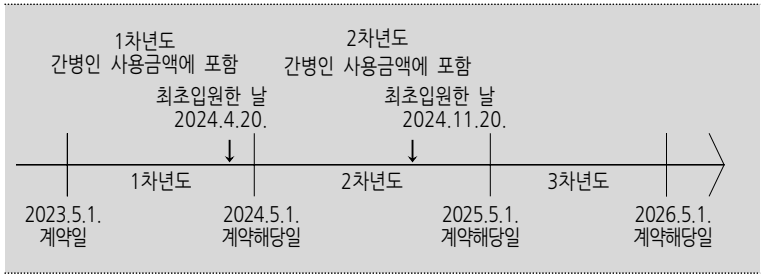
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 400만원

=> 보험가입금액의 7.5% 지급, 1차년도 지급금액 : 15만원

-. (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 한도로 적용
(25만원 × 20일 = 500만원)

→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 500만원

=> 보험가입금액의 25% 지급, 2차년도 지급금액 : 50만원



4. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

② 성병

③ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

④ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

⑤ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술

⑦ 정상분만, 치과질환

3 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)는 지급하지 않습니다.

5. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

6. ("요양병원"의 정의)

"요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 요양병원을 말합니다.

7. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

8. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 7. (간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

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

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

⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가서류를 요청할 수 있습니다.

⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

130-2 간병인사용 질병입원지원비II(요양병원)(간병인비용연간100만원이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 7. (간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용하고 "연간 간병인 사용금액 총액"이 100만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 다음과 같이 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

가. 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년 미만인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지급금액
100만원 이상 300만원 미만	보험가입금액의 2.5%
300만원 이상 500만원 미만	보험가입금액의 7.5%
500만원 이상 700만원 미만	보험가입금액의 12.5%
700만원 이상 1,000만원 미만	보험가입금액의 17.5%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	보험가입금액의 25%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	보험가입금액의 37.5%
2,000만원 이상	보험가입금액의 50%

나. 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년 이상인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지급금액
100만원 이상 300만원 미만	보험가입금액의 5%
300만원 이상 500만원 미만	보험가입금액의 15%
500만원 이상 700만원 미만	보험가입금액의 25%
700만원 이상 1,000만원 미만	보험가입금액의 35%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	보험가입금액의 50%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	보험가입금액의 75%
2,000만원 이상	보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

연간 간병인 사용금액 총액	지급금액
100만원 이상 300만원 미만	보험가입금액의 5%
300만원 이상 500만원 미만	보험가입금액의 15%
500만원 이상 700만원 미만	보험가입금액의 25%
700만원 이상 1,000만원 미만	보험가입금액의 35%
1,000만원 이상 1,500만원 미만	보험가입금액의 50%
1,500만원 이상 2,000만원 미만	보험가입금액의 75%
2,000만원 이상	보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 3. ("연간 간병인 사용금액 총액"의 정의)에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 "연간 간병인 사용금액 총액"을 기준으로 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원 지원비(요양병원)를 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 "연간 간병인 사용금액 총액"이 변경되어 1. (보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 1. (보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 요양병원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 "연간 간병인 사용금액 총액"을 적용합니다.

3 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간

에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.

5 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (“연간 간병인 사용금액 총액”의 정의)

1 이 특별약관에서 “연간 간병인 사용금액 총액”이라 함은 해당 질병의 진료를 위하여 병원 또는 의원에 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 간병인 사용금액을 합산한 금액을 말하며 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.

2 위 1의 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 하며, 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.

예시

연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시

예시1)

구분	입원기간	실제 간병인 사용일 및 사용금액
A질병	2023년 6월 1일 ~ 6월30일 (30일)	2023년 6월 11일 ~ 6월 17일 (사용일수 7일, 사용금액 70만원)
B질병	2023년 12월 1일 ~ 12월 30일 (30일)	2023년 12월 4일 ~ 12월 13일 (사용일수 10일, 사용금액 300만원)

-. (A질병) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용

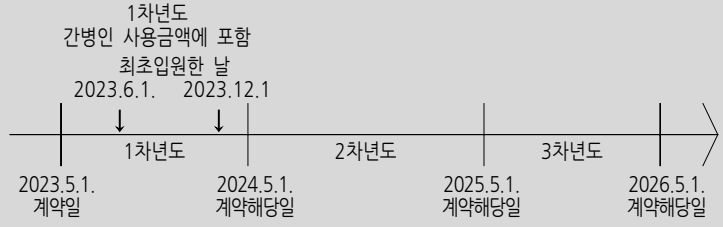
(10만원 × 7일 = 70만원)

-. (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 한도로 적용

(25만원 × 10일 = 250만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 70만원 + (B질병) 250만원 = 320만원

=> 보험가입금액의 7.5% 지급, 1차년도 지급금액 : 15만원



예시2)

구분	입원기간	실제 간병인 사용일 및 사용금액
A질병	2024년 4월 20일 ~ 5월 19일 (30일)	2024년 4월 25일 ~ 5월 14일 (사용일수 20일, 사용금액 400만원)
B질병	2024년 11월 20일 ~ 12월 19일 (30일)	2024년 11월 25일 ~ 12월 14일 (사용일수 20일, 사용금액 600만원)

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함

-. (A질병) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용

(20만원 × 20일 = 400만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 400만원

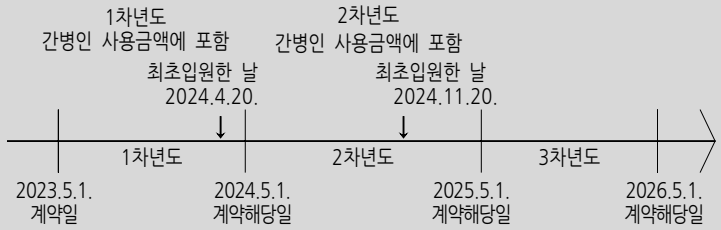
=> 보험가입금액의 7.5% 지급, 1차년도 지급금액 : 15만원

-. (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 한도로 적용

(25만원 × 20일 = 500만원)

→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 500만원

=> **보험가입금액의 25% 지급, 2차년도 지급금액 : 50만원**



4. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

② 성병

③ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

④ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

⑤ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술

⑦ 정상분만, 치과질환

3 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)는 지급하지 않습니다.

5. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.

자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

6. ("요양병원"의 정의)

"요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 요양병원을 말합니다.

7. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

8. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 7. (간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

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

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

⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가서류를 요청할 수 있습니다.

⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

131 | 폐렴진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 폐렴으로 진단확정되었을 경우 이 특별약관에 따라 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 폐렴진단비로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
폐렴진단비 (최초1회한)	보험계약일로부터 30일이하	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 31일이상 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
폐렴진단비(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("폐렴"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "폐렴"이라 함은 「폐렴 분류표」(【별표79】 폐렴 분류표 참조) 에서 정한 질병을 말합니다.

2 "폐렴"의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

4. (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 기타 검사결과지 포함) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 폐렴진단비(최초1회한)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

132 | 폐렴진단비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 폐렴으로 진단확정되었을 경우 이 특별약관에 따라 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 폐렴진단비로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
폐렴진단비 (연간1회한)	보험계약일로부터 30일이하	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 31일이상 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
폐렴진단비(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("폐렴"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "폐렴"이라 함은 「폐렴 분류표」(【별표79】 폐렴 분류표 참조) 에서 정한 질병을 말합니다.

2 "폐렴"의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

4. (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 기타 검사결과지 포함) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

133 | 패혈증진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 패혈증으로 진단확정되었을 경우 이 특별약관에 따라 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 패혈증진단비로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
패혈증진단비 (최초1회한)	보험계약일로부터 30일이하	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 31일이상 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
패혈증진단비(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("패혈증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "패혈증"이라 함은 「패혈증 분류표」(【별표80】 패혈증 분류표 참조) 에서 정한 질병을 말합니다.

2 "패혈증"의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 패혈증진단비(최초1회한)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

134 | 패혈증진단비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 패혈증으로 진단확정되었을 경우 이 특별약관에 따라 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 패혈증진단비로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
패혈증진단비 (연간1회한)	보험계약일로부터 30일이하	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 31일이상 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
패혈증진단비(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하

며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("패혈증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "패혈증"이라 함은 「패혈증 분류표」(【별표80】 패혈증 분류표 참조) 에서 정한 질병을 말합니다.

2 "패혈증"의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

4. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

135 | 주요폐질환진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 주요폐질환으로 진단확정되었을 경우 이 특별약관에 따라 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 주요폐질환진단비로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
주요폐질환진단비(최초1회한)	보험계약일로부터 30일이하	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 31일이상 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
주요폐질환진단비(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("주요폐질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "주요폐질환"이라 함은 「주요폐질환 분류표」(【별표81】 주요폐질환 분류표 참조) 에서 정한 질병을 말합니다.

2 "주요폐질환"의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

4. (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 기타 검사결과지 포함) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 주요폐질환진단비(최초1회한)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

136 | 주요폐질환진단비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 주요폐질환으로 진단확정되었을 경우 이 특별약관에 따라 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 주요폐질환진단비로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
주요폐질환진단비(연간1회한)	보험계약일로부터 30일이하	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 31일이상 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
주요폐질환진단비(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하

는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("주요폐질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "주요폐질환"이라 함은 「주요폐질환 분류표」(【별표81】 주요폐질환 분류표 참조) 에서 정한 질병을 말합니다.

2 "주요폐질환"의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

4. (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 기타 검사결과지 포함) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

137 | 외부요인으로인한폐질환진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 외부요인으로인한폐질환으로 진단확정되었을 경우 이 특별약관에 따라 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 외부요인으로인한폐질환진단비로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
외부요인으로인한 폐질환진단비 (최초1회한)	보험계약일로부터 30일이하	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 31일이상 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
외부요인으로인한폐질환진단비(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("외부요인으로인한폐질환"의 정의 및 진단확정)

[1] 이 특별약관에서 "외부요인으로인한폐질환"이라 함은 「외부요인으로인한폐질환 분류표」(【별표82】 외부요인으로인한폐질환 분류표 참조) 에서 정한 질병을 말합니다.

[2] "외부요인으로인한폐질환"의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

4. (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 기타 검사결과지 포함) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

5. (특별약관의 소멸)

[1] 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 외부요인으로인한폐질환진단비(최초1회한)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

[2] 위 [1]에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

[3] 위 [1] 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱

신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

138 | 외부요인으로인한폐질환진단비(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 외부요인으로인한폐질환으로 진단확정되었을 경우 이 특별약관에 따라 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 외부요인으로인한폐질환진단비로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
외부요인으로인한 폐질환진단비 (연간1회한)	보험계약일로부터 30일이하	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 31일이상 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
외부요인으로인한폐질환진단비(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("외부요인으로인한폐질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "외부요인으로인한폐질환"이라 함은 「외부요인으로인한폐질환 분류표」(【별표82】 외부요인으로인한폐질환 분류표 참조) 에서 정한 질병을 말합니다.

2 "외부요인으로인한폐질환"의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

4. (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 기타 검사결과지 포함) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인

이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

139 | 천식진단비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 천식으로 진단확정되었을 경우 이 특별약관에 따라 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 천식진단비로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
천식진단비 (최초1회한)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 30일이하	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 31일이상 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
천식진단비(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("천식"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "천식"이라 함은 「천식 분류표」(【별표83】 천식 분류표 참조) 에서 정한 질병을 말합니다.

2 "천식"의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

4. (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 기타 검사결과지 포함) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 천식진단비(최초1회한)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

140 | 주요2대호흡계질환진단비 (최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 주요2대호흡계질환으로 진단확정되었을 경우 이 특별약관에 따라 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 주요2대호흡계질환진단비로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
주요2대호흡계질환 진단비 (최초1회한)	보험계약일로부터 30일이하	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 31일이상 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
주요2대호흡계질환 진단비(최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("주요2대호흡계질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "주요2대호흡계질환"이라 함은 「주요2대호흡계질환 분류표」(【별표84】 주요2대호흡계질환 분류표 참조) 에서 정한 간질영향호흡기질환 및 하기도 화농·괴사성 질환을 말합니다.

2 "주요2대호흡계질환"의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

4. (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(MRI, CT, 혈관조영술 및 기타 검사결과지 포함) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 주요2대호흡계질환진단비(최초1회한)를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

1 이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

2 위 1에도 불구하고 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 "주요2대호흡계질환"으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

141 | 순환계질환(3-5종)주요치료비(요양병원제외)(연간1회한)(10년지급대상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 "순환계질환(3-5종)"으로 진단확정되고, "보험금 지급 대상기간" 이내에 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에서 "순환계질환(3-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환 주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료)를 받은 경우 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환 주요치료비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	진단시점	지급금액
순환계질환(3-5종)치료비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환(3-5종)치료비	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

2 위 1의 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 보험기간 중 “순환계질환(3-5종)”의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

3 위 1의 “연간”이라 함은 보험기간 중 “순환계질환(3-5종)”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “순환계질환(3-5종)”의 진단해당일(“순환계질환(3-5종)”의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 “순환계질환(3-5종)”의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 “순환계질환(3-5종)”의 진단해당일로 합니다.

예시

순환계질환(3-5종)치료비(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 -1
(보험계약일로부터 1년 미만 “순환계질환(3-5종)”으로 최초 진단 확정된 경우)
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- I21(급성심근경색증) 최초진단 확정일 : 2024년 1월 1일
- I63(뇌경색증) 최초진단 확정일 : 2026년 1월 1일

A : 수술(I21)
B : 종합병원 중환자실치료(I21)
C : 혈전용해치료(I63)
D : 혈전용해치료(I21)

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
500만원 (50%지급)	-	…	500만원 (50%지급)	…	500만원 (50%지급)	500만원 (50%지급)

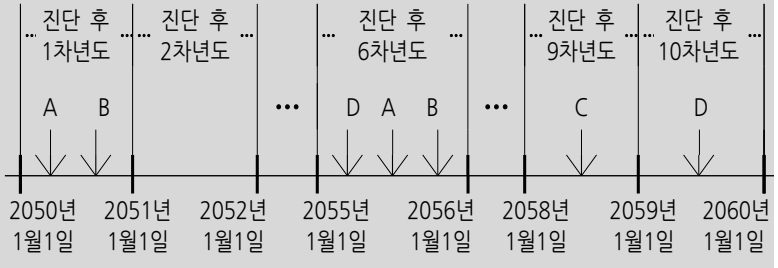
※ 2024년 1월1일 I21(급성심근경색증) 최초 진단 이후 I21(급성심근경색증) 이외의 “순환계질환(3-5종)”을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2024년1월1일로부터 10년입니다.

예시

순환계질환(3-5종)치료비(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 -2
(보험계약일로부터 1년 이상 "순환계질환(3-5종)"으로 최초 진단 확정된 경우)
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- I21(급성심근경색증) 최초진단 확정일 : 2050년 1월 1일
- I63(뇌경색증) 최초진단 확정일 : 2051년 1월 1일

A : 수술(I21)
B : 종합병원 중환자실치료(I21)
C : 혈전용해치료(I63)
D : 혈전용해치료(I21)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
1,000만원	-		1,000만원		1,000만원	1,000만원

※ 2050년 1월1일 I21(급성심근경색증) 최초 진단 이후 I21(급성심근경색증) 이외의 "순환계질환(3-5종)"을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년1월1일로부터 10년입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "순환계질환(3-5종)"로 최초 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 "보험금 지급 대상기간"이 만료되지 않았을 경우에는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3. ("순환계질환(3-5종)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(3-5종)" 이라 함은 「순환계질환 분류표」(【별표6】순환계질환 분류표 참조)에서 정한 3 내지 5종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(3-5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 순환계질환(3종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하며, 순환계질환(4종 및 5종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(3-5종)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(3-5종)"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("순환계질환 주요치료"의 정의)

이 특별약관에서 “순환계질환 주요치료”라 함은 “순환계질환(3-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

① “순환계질환(3-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “수술”을 받은 경우
② “순환계질환(3-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우
③ “순환계질환(3-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “종합병원 중환자실치료”를 받은 경우
④ “순환계질환(3-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “특정급여치료”를 받은 경우

4-1. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “순환계질환(3-5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 “순환계질환(3-5종)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

“기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술”이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
(예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

4-2. (“혈전용해치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “혈전용해치료”라 함은 의사가 “순환계질환(3-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 위 1에서 “혈전용해제”라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 위 2에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

4-3. (“종합병원 중환자실치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “종합병원 중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “순환계질환(3-5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」 중에 “순환계질환(3-5종)”으로 6. (“종합병원”의 정의)에서 정한 “종합병원”의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

2 위 1의 중환자실이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”에서 정한 중환자실을 말합니다.

인용 문구

의료법 시행규칙 별표 4

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실
가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고,
병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 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.

4-4. ("특정급여치료"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "특정급여치료"라 함은 의사에 의하여 "순환계질환(3-5종)"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 「특정급여치료 대상 수가코드」(【별표85】특정급여치료 대상 수가코드 참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② 위 ①에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "특정급여치료"에 대해 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 위 ①의 "특정급여치료"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "특정급여치료" 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

용어 풀이

급여수가코드

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

5. ("요양병원"의 정의)

"요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

7. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 6. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 6. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

8. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.))

용어 풀이

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, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 피보험자가 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) 1의 “순환계질환(3-5종)”으로 최초 진단확정을 받고 “보험금 지급 대상기간”이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 26. (제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) 1의 “순환계질환(3-5종)”으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

11. (특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 35. (해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) 1의 “순환계질환(3-5종)”으로 최초 진단확정을 받고 “보험금 지급 대상기간” 이내에 해지하는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

12. (특별약관의 갱신)

1 이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.
2 위 1에도 불구하고 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 “순환계질환(3-5종)”으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

13. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

142 | 순환계질환(3-5종)주요치료비(종합병원)(연간1회한)(10년지급대상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 “순환계질환(3-5종)”으로 진단확정되고, “보험금 지급 대상기간” 이내에 종합병원에서 “순환계질환(3-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환 주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료)를 받은 경우 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환 주요치료비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	진단시점	지급금액
순환계질환(3-5종)치료비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환(3-5종)치료비	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

2 위 1의 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 보험기간 중 “순환계질환(3-5종)”의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

3 위 1의 “연간”이라 함은 보험기간 중 “순환계질환(3-5종)”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “순환계질환(3-5종)”의 진단해당일(“순환계질환(3-5종)”의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 “순환계질환(3-5종)”의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 “순환계질환(3-5종)”의 진단해당일로 합니다.

예시

순환계질환(3-5종)치료비(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 -1
(보험계약일로부터 1년 미만 “순환계질환(3-5종)”으로 최초 진단 확정된 경우)
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- I21(급성심근경색증) 최초진단 확정일 : 2024년 1월 1일
- I63(뇌경색증) 최초진단 확정일 : 2026년 1월 1일

A : 수술(I21)
B : 종합병원 중환자실치료(I21)
C : 혈전용해치료(I63)
D : 혈전용해치료(I21)

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
500만원 (50%지급)	-	…	500만원 (50%지급)	…	500만원 (50%지급)	500만원 (50%지급)

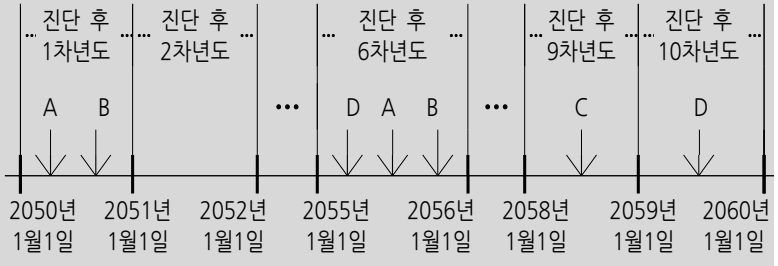
※ 2024년 1월1일 I21(급성심근경색증) 최초 진단 이후 I21(급성심근경색증) 이외의 “순환계질환(3-5종)”을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2024년1월1일로부터 10년입니다.

예시

순환계질환(3-5종)치료비(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 -2
(보험계약일로부터 1년 이상 "순환계질환(3-5종)"으로 최초 진단 확정된 경우)
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- I21(급성심근경색증) 최초진단 확정일 : 2050년 1월 1일
- I63(뇌경색증) 최초진단 확정일 : 2051년 1월 1일

A : 수술(I21)
B : 종합병원 중환자실치료(I21)
C : 혈전용해치료(I63)
D : 혈전용해치료(I21)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
1,000만원	-		1,000만원		1,000만원	1,000만원

※ 2050년 1월1일 I21(급성심근경색증) 최초 진단 이후 I21(급성심근경색증) 이외의 "순환계질환(3-5종)"을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년1월1일로부터 10년입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "순환계질환(3-5종)"로 최초 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 "보험금 지급 대상기간"이 만료되지 않았을 경우에는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3. ("순환계질환(3-5종)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(3-5종)" 이라 함은 「순환계질환 분류표」(【별표6】순환계질환 분류표 참조)에서 정한 3 내지 5종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(3-5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 순환계질환(3종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하며, 순환계질환(4종 및 5종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(3-5종)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(3-5종)"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("순환계질환 주요치료"의 정의)

이 특별약관에서 "순환계질환 주요치료"라 함은 "순환계질환(3-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

① "순환계질환(3-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우

② “순환계질환(3-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우
③ “순환계질환(3-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “종합병원 중환자실치료”를 받은 경우
④ “순환계질환(3-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “특정급여치료”를 받은 경우

4-1. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “순환계질환(3-5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 “순환계질환(3-5종)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

“기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술”이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
(예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

4-2. (“혈전용해치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “혈전용해치료”라 함은 의사가 “순환계질환(3-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 위 1에서 “혈전용해제”라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 위 2에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

4-3. (“종합병원 중환자실치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “종합병원 중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “순환계질환(3-5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」 중에 “순환계질환(3-5종)”으로 5. (“종합병원”의 정의)에서 정한 “종합병원”의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

2 위 1의 중환자실이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”에서 정한 중환자실을 말합니다.

인용 문구

의료법 시행규칙 별표 4

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실
가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있

어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고,
병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 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.

4-4. (“특정급여치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “특정급여치료”라 함은 의사에 의하여 “순환계질환(3-5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 「특정급여치료 대상 수가코드」(【별표85】특정급여치료 대상 수가코드 참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “특정급여치료”에 대해 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3 위 1의 “특정급여치료”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “특정급여치료” 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

용어 풀이

급여수가코드

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

5. (“종합병원”의 정의)

“종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.))

용어 풀이

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, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 피보험자가 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) 1의 “순환계질환(3-5종)”으로 최초 진단확정을 받고 “보험금 지급 대상기간”이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 26. (제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) 1의 “순환계질환(3-5종)”으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

10. (특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 35. (해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) 1의 “순환계질환(3-5종)”으로 최초 진단확정을 받고 “보험금 지급 대상기간” 이내에 해지하는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

11. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

2 위 1에도 불구하고 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 “순환계질환(3-5종)”으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

143 | 순환계질환(3-5종)치료비지원(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 "순환계질환(3-5종)"으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 "순환계질환(3-5종)치료비지원"으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. ("순환계질환(3-5종)"의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 "순환계질환(3-5종)"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 "순환계질환(3-5종)치료비지원"을 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. ("순환계질환(3-5종)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(3-5종)" 이라 함은 「순환계질환 분류표」(【별표6】순환계질환 분류표 참조)에서 정한 3 내지 5종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(3-5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 순환계질환(3종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하며, 순환계질환(4종 및 5종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(3-5종)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(3-5종)"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 "순환계질환(3-5종)치료비지원"을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

144 | 순환계질환(4-5종)주요치료비(요양병원제외)(연간1회한)(10년지급대상)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 "순환계질환(4-5종)"으로 진단확정되고, "보험금 지급 대상기간" 이내에 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에서 "순환계질환(4-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환 주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료)를 받은 경우 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환 주요치료비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환(4-5종)치료비	진단시점: 보험계약일로부터 1년미만 → 이 특별약관 보험가입금액의 50%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급) 진단시점: 보험계약일로부터 1년이상 → 이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환(4-5종)치료비	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

2 위 1의 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 보험기간 중 "순환계질환(4-5종)"의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

3 위 1의 "연간"이라 함은 보험기간 중 "순환계질환(4-5종)"의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "순환계질환(4-5종)"의 진단해당일("순환계질환(4-5종)"의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 "순환계질환(4-5종)"의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 "순환계질환(4-5종)"의 진단해당일로 합니다.

예시

순환계질환(4-5종)치료비(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 -1
(보험계약일로부터 1년 미만 "순환계질환(4-5종)"으로 최초 진단 확정된 경우)
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- I21(급성심근경색증) 최초진단 확정일 : 2024년 1월 1일
- I63(뇌경색증) 최초진단 확정일 : 2026년 1월 1일

A : 수술(I21)
B : 종합병원 중환자실치료(I21)
C : 혈전용해치료(I63)
D : 혈전용해치료(I21)

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
500만원 (50%지급)	-		500만원 (50%지급)		500만원 (50%지급)	500만원 (50%지급)

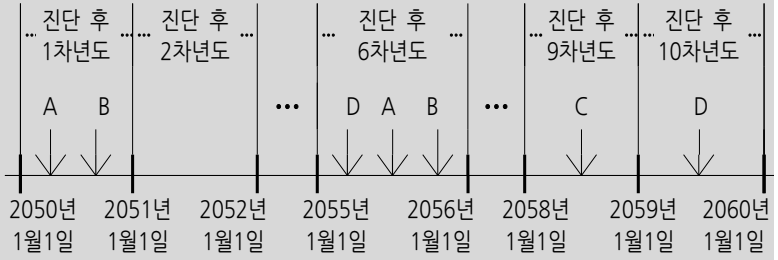
※ 2024년 1월1일 I21(급성심근경색증) 최초 진단 이후 I21(급성심근경색증) 이외의 "순환계질환(4-5종)"을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2024년1월1일로부터 10년입니다.

예시

순환계질환(4-5종)치료비(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 -2
(보험계약일로부터 1년 이상 "순환계질환(4-5종)"으로 최초 진단 확정된 경우)
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- I21(급성심근경색증) 최초진단 확정일 : 2050년 1월 1일
- I63(뇌경색증) 최초진단 확정일 : 2051년 1월 1일

A : 수술(I21)
B : 종합병원 중환자실치료(I21)
C : 혈전용해치료(I63)
D : 혈전용해치료(I21)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
1,000만원	-		1,000만원		1,000만원	1,000만원

※ 2050년 1월1일 I21(급성심근경색증) 최초 진단 이후 I21(급성심근경색증) 이외의 "순환계질환(4-5종)"을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년1월1일로부터 10년입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "순환계질환(4-5종)"로 최초 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 "보험금 지급 대상기간"이 만료되지 않았을 경우에는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3. ("순환계질환(4-5종)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(4-5종)" 이라 함은 「순환계질환 분류표」(【별표6】순환계질환 분류표 참조)에서 정한 4, 5종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(4-5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(4-5종)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(4-5종)"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("순환계질환 주요치료"의 정의)

이 특별약관에서 "순환계질환 주요치료"라 함은 "순환계질환(4-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

① "순환계질환(4-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
② "순환계질환(4-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
③ "순환계질환(4-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원 중환자실치료"를 받은 경우
④ "순환계질환(4-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "특정급여치료"를 받은 경우

4-1. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “순환계질환(4-5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 “순환계질환(4-5종)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

“기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술”이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

4-2. (“혈전용해치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “혈전용해치료”라 함은 의사가 “순환계질환(4-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 위 1에서 “혈전용해제”라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 위 2에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

4-3. (“종합병원 중환자실치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “종합병원 중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “순환계질환(4-5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」 중에 “순환계질환(4-5종)”으로 6. (“종합병원”의 정의)에서 정한 “종합병원”의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

2 위 1의 중환자실이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”에서 정한 중환자실을 말합니다.

인용 문구

의료법 시행규칙 별표 4

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 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 면

적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고,
병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 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.

4-4. (“특정급여치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “특정급여치료”라 함은 의사에 의하여 “순환계질환(4-5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 「특정급여치료 대상 수가코드」(【별표85】특정급여치료 대상 수가코드 참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “특정급여치료”에 대해 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3 위 1의 “특정급여치료”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “특정급여치료” 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

용어 풀이

급여수가코드

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

5. (“요양병원”의 정의)

“요양병원”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. (“종합병원”의 정의)

“종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

7. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 6. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 6. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

8. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.))

용어 풀이

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, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 피보험자가 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) 1의 “순환계질환(4-5종)”으로 최초 진단확정을 받고 “보험금 지급 대상기간”이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 26. (제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) 1의 “순환계질환(4-5종)”으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

11. (특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 35. (해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) 1의 “순환계질환(4-5종)”으로 최초 진단확정을 받고 “보험금 지급 대상기간” 이내에 해지하는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

12. (특별약관의 갱신)

1 이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.
2 위 1에도 불구하고 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 “순환계질환(4-5종)”으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

13. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

145 | 순환계질환(4-5종)주요치료비(종합병원)(연간1회한)(10년지급대상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 "순환계질환(4-5종)"으로 진단확정되고, "보험금 지급 대상기간" 이내에 종합병원에서 "순환계질환(4-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환 주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료)를 받은 경우 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환 주요치료비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	진단시점	지급금액
순환계질환(4-5종)치료비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환(4-5종)치료비	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

2 위 1의 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 보험기간 중 "순환계질환(4-5종)"의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

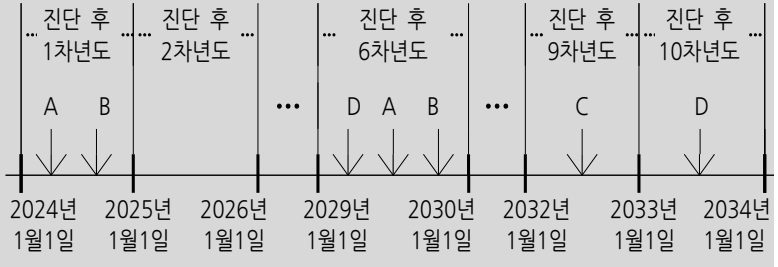
3 위 1의 "연간"이라 함은 보험기간 중 "순환계질환(4-5종)"의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "순환계질환(4-5종)"의 진단해당일("순환계질환(4-5종)"의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 "순환계질환(4-5종)"의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 "순환계질환(4-5종)"의 진단해당일로 합니다.

예시

순환계질환(4-5종)치료비(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 -1
(보험계약일로부터 1년 미만 "순환계질환(4-5종)"으로 최초 진단 확정된 경우)
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- I21(급성심근경색증) 최초진단 확정일 : 2024년 1월 1일
- I63(뇌경색증) 최초진단 확정일 : 2026년 1월 1일

A : 수술(I21)
B : 종합병원 중환자실치료(I21)
C : 혈전용해치료(I63)
D : 혈전용해치료(I21)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
500만원 (50%지급)	-		500만원 (50%지급)		500만원 (50%지급)	500만원 (50%지급)

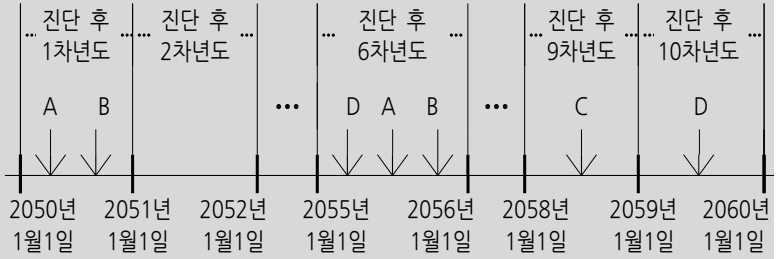
※ 2024년 1월1일 I21(급성심근경색증) 최초 진단 이후 I21(급성심근경색증) 이외의 "순환계질환(4-5종)"을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2024년1월1일로부터 10년입니다.

예시

순환계질환(4-5종)치료비(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 -2
(보험계약일로부터 1년 이상 "순환계질환(4-5종)"으로 최초 진단 확정된 경우)
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- I21(급성심근경색증) 최초진단 확정일 : 2050년 1월 1일
- I63(뇌경색증) 최초진단 확정일 : 2051년 1월 1일

A : 수술(I21)
B : 종합병원 중환자실치료(I21)
C : 혈전용해치료(I63)
D : 혈전용해치료(I21)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
1,000만원	-		1,000만원		1,000만원	1,000만원

※ 2050년 1월1일 I21(급성심근경색증) 최초 진단 이후 I21(급성심근경색증) 이외의 "순환계질환(4-5종)"을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년1월1일로부터 10년입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "순환계질환(4-5종)"로 최초 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 "보험금 지급 대상기간"이 만료되지 않았을 경우에는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3. ("순환계질환(4-5종)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(4-5종)" 이라 함은 「순환계질환 분류표」(【별표6】순환계질환 분류표 참조)에서 정한 4, 5종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(4-5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(4-5종)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(4-5종)"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("순환계질환 주요치료"의 정의)

이 특별약관에서 "순환계질환 주요치료"라 함은 "순환계질환(4-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

① "순환계질환(4-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
② "순환계질환(4-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
③ "순환계질환(4-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원 중환자실치료"를 받은 경우
④ "순환계질환(4-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "특정급여치료"를 받은 경우

4-1. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “순환계질환(4-5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 “순환계질환(4-5종)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

“기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술”이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

4-2. (“혈전용해치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “혈전용해치료”라 함은 의사가 “순환계질환(4-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 위 1에서 “혈전용해제”라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 위 2에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

4-3. (“종합병원 중환자실치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “종합병원 중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “순환계질환(4-5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」 중에 “순환계질환(4-5종)”으로 5. (“종합병원”의 정의)에서 정한 “종합병원”의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

2 위 1의 중환자실이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”에서 정한 중환자실을 말합니다.

인용 문구

의료법 시행규칙 별표 4

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 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 면

적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고,
병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 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.

4-4. ("특정급여치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "특정급여치료"라 함은 의사에 의하여 "순환계질환(4-5종)"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 「특정급여치료 대상 수가코드」(【별표85】특정급여치료 대상 수가코드 참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "특정급여치료"에 대해 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3 위 1의 "특정급여치료"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "특정급여치료" 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

용어 풀이

급여수가코드

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

5. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. (“종합병원”의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도가 폐지되는 경우

② 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도의 변경으로 5. (“종합병원”의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.))

용어 풀이

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, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 피보험자가 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) 1의 “순환계질환(4-5종)”으로 최초 진단확정을 받고 “보험금 지급 대상기간”이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 26. (제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) 1의 “순환계질환(4-5종)”으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

10. (특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 35. (해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) 1의 “순환계질환(4-5종)”으로 최초 진단확정을 받고 “보험금

지급 대상기간" 이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

11. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

2 위 1에도 불구하고 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 "순환계질환(4-5종)"으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

146 | 순환계질환(4-5종)치료비지원(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 "순환계질환(4-5종)"으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 "순환계질환(4-5종)치료비지원"으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. ("순환계질환(4-5종)"의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 "순환계질환(4-5종)"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 "순환계질환(4-5종)치료비지원"을 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. ("순환계질환(4-5종)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(4-5종)" 이라 함은 「순환계질환 분류표」(【별표6】순환계질환 분류표 참조)에서 정한 4, 5종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(4종 및 5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(4-5종)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(4-5종)"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 "순환계질환(4-5종)치료비지원"을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는

보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

147 | 순환계질환(5종)주요치료비(요양병원제외)(연간1회한)(10년지급대상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 “순환계질환(5종)”으로 진단확정되고, “보험금 지급 대상기간” 이내에 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에서 “순환계질환(5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환 주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료)를 받은 경우 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환 주요치료비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환(5종)치료비	진단시점: 보험계약일로부터 1년미만 — 이 특별약관 보험가입금액의 50%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급) 진단시점: 보험계약일로부터 1년이상 — 이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환(5종)치료비	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

2 위 1의 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 보험기간 중 “순환계질환(5종)”의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

3 위 1의 “연간”이라 함은 보험기간 중 “순환계질환(5종)”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “순환계질환(5종)”의 진단해당일 (“순환계질환(5종)”의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 “순환계질환(5종)”의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 “순환계질환(5종)”의 진단해당일로 합니다.

예시

순환계질환(5종)치료비(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 -1
(보험계약일로부터 1년 미만 "순환계질환(5종)"으로 최초 진단 확정된 경우)
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- I21(급성심근경색증) 최초진단 확정일 : 2024년 1월 1일
- I63(뇌경색증) 최초진단 확정일 : 2026년 1월 1일

A : 수술(I21)
B : 종합병원 중환자실치료(I21)
C : 혈전용해치료(I63)
D : 혈전용해치료(I21)

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
500만원 (50%지급)	-	…	500만원 (50%지급)	…	500만원 (50%지급)	500만원 (50%지급)

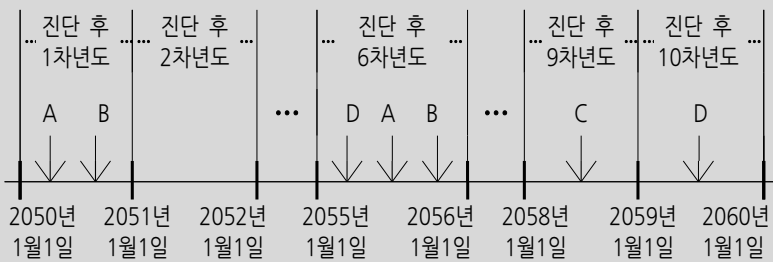
※ 2024년 1월1일 I21(급성심근경색증) 최초 진단 이후 I21(급성심근경색증) 이외의 "순환계질환(5종)"을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2024년1월1일로부터 10년입니다.

예시

순환계질환(5종)치료비(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 -2
(보험계약일로부터 1년 이상 "순환계질환(5종)"으로 최초 진단 확정된 경우)
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- I21(급성심근경색증) 최초진단 확정일 : 2050년 1월 1일
- I63(뇌경색증) 최초진단 확정일 : 2051년 1월 1일

A : 수술(I21)
B : 종합병원 중환자실치료(I21)
C : 혈전용해치료(I63)
D : 혈전용해치료(I21)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
1,000만원	-	…	1,000만원	…	1,000만원	1,000만원

※ 2050년 1월1일 I21(급성심근경색증) 최초 진단 이후 I21(급성심근경색증) 이외의 "순환계질환(5종)"을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년1월1일로부터 10년입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하

지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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 보장개시일 이후에 "순환계질환(5종)'로 최초 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 "보험금 지급 대상기간"이 만료되지 않았을 경우에는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3. ("순환계질환(5종)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(5종)" 이라 함은 「순환계질환 분류표」(【별표6】 순환계질환 분류표 참조)에서 정한 5종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(5종)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(5종)"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("순환계질환 주요치료"의 정의)

이 특별약관에서 "순환계질환 주요치료"라 함은 "순환계질환(5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

① "순환계질환(5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
② "순환계질환(5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
③ "순환계질환(5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원 중환자실치료"를 받은 경우
④ "순환계질환(5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "특정급여치료"를 받은 경우

4-1. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "순환계질환(5종)"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 "순환계질환(5종)"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

4-2. ("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "순환계질환(5종)"의 직접적

인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 위 1에서 “혈전용해제”라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 위 2에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

4-3. (“종합병원 중환자실치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “종합병원 중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “순환계질환(5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」 중에 “순환계질환(5종)”으로 6. (“종합병원”의 정의)에서 정한 “종합병원”의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

2 위 1의 중환자실이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”에서 정한 중환자실을 말합니다.

인용 문구

의료법 시행규칙 별표 4

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고,

병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 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.

4-4. (“특정급여치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “특정급여치료”라 함은 의사에 의하여 “순환계질환(5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 「특정급여치료 대상 수가코드」(【별표85】특정급여치료 대상 수가코드 참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “특정급여치료”에 대해 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3 위 1의 “특정급여치료”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “특정급여치료” 항목에서 급여항목이 발생한

경우로서 의료법 제3조 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

용어 풀이

급여수가코드

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

5. (“요양병원”의 정의)

“요양병원”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. (“종합병원”의 정의)

“종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

7. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 6. (“종합병원”의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도의 변경으로 6. (“종합병원”의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

8. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류

를 제출해야 합니다.))

용어 풀이

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, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 피보험자가 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) 1의 "순환계질환(5종)"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 26. (제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) 1의 "순환계질환(5종)"으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

11. (특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 35. (해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) 1의 "순환계질환(5종)"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간" 이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

12. (특별약관의 갱신)

1 이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

2 위 1에도 불구하고 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 "순환계질환(5종)"으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

13. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

148 | 순환계질환(5종)주요치료비(종합병원)(연간1회한)(10년지급대상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 "순환계질환(5종)"으로 진단확정되고, "보험금 지급 대상기간" 이내에 종합병원에서 "순환계질환(5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환 주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료)를 받은 경우 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환 주요치료비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환(5종)치료비	진단시점 / 지급금액 보험계약일로부터 1년미만 : 이 특별약관 보험가입금액의 50%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급) 보험계약일로부터 1년이상 : 이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환(5종)치료비	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

2 위 1의 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 보험기간 중 “순환계질환(5종)”의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

3 위 1의 “연간”이라 함은 보험기간 중 “순환계질환(5종)”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “순환계질환(5종)”의 진단해당일 (“순환계질환(5종)”의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 “순환계질환(5종)”의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 “순환계질환(5종)”의 진단해당일로 합니다.

예시

순환계질환(5종)치료비(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 -1
(보험계약일로부터 1년 미만 “순환계질환(5종)”으로 최초 진단 확정된 경우)
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- I21(급성심근경색증) 최초진단 확정일 : 2024년 1월 1일
- I63(뇌경색증) 최초진단 확정일 : 2026년 1월 1일

A : 수술(I21)
B : 종합병원 중환자실치료(I21)
C : 혈전용해치료(I63)
D : 혈전용해치료(I21)

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
500만원 (50%지급)	-	…	500만원 (50%지급)	…	500만원 (50%지급)	500만원 (50%지급)

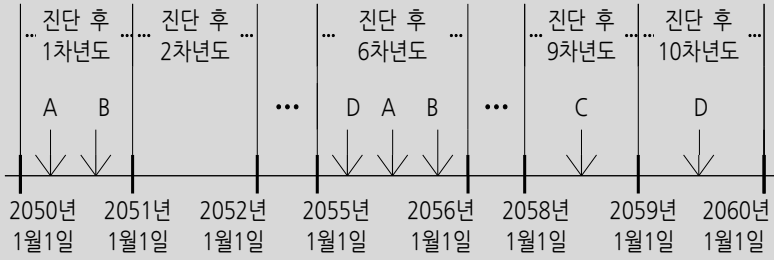
※ 2024년 1월1일 I21(급성심근경색증) 최초 진단 이후 I21(급성심근경색증) 이외의 “순환계질환(5종)”을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2024년1월1일로부터 10년입니다.

예시

순환계질환(5종)치료비(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 -2
(보험계약일로부터 1년 이상 "순환계질환(5종)"으로 최초 진단 확정된 경우)
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- I21(급성심근경색증) 최초진단 확정일 : 2050년 1월 1일
- I63(뇌경색증) 최초진단 확정일 : 2051년 1월 1일

A : 수술(I21)
B : 종합병원 중환자실치료(I21)
C : 혈전용해치료(I63)
D : 혈전용해치료(I21)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
1,000만원	-		1,000만원		1,000만원	1,000만원

※ 2050년 1월1일 I21(급성심근경색증) 최초 진단 이후 I21(급성심근경색증) 이외의 "순환계질환(5종)"을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년1월1일로부터 10년입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "순환계질환(5종)"로 최초 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 "보험금 지급 대상기간"이 만료되지 않았을 경우에는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3. ("순환계질환(5종)"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(5종)" 이라 함은 「순환계질환 분류표」(【별표6】 순환계질환 분류표 참조)에서 정한 5종에 해당하는 질병을 말합니다.

② 순환계질환(5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(5종)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(5종)"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("순환계질환 주요치료"의 정의)

이 특별약관에서 "순환계질환 주요치료"라 함은 "순환계질환(5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

① "순환계질환(5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
② "순환계질환(5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
③ "순환계질환(5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "종합병원 중환자실치료"를 받은 경우
④ "순환계질환(5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "특정급여치료"를 받은 경우

4-1. ("수술"의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가

진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "순환계질환(5종)"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 "순환계질환(5종)"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

4-2. ("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "순환계질환(5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 위 1에서 "혈전용해제"라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 위 2에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

4-3. ("종합병원 중환자실치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "종합병원 중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "순환계질환(5종)"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」 중에 "순환계질환(5종)"으로 5. ("종합병원"의 정의)에서 정한 "종합병원"의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

2 위 1의 중환자실이라 함은 "의료법 시행규칙 별표4"에서 정한 중환자실을 말합니다.

인용 문구

의료법 시행규칙 별표 4

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고,

병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 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.

4-4. ("특정급여치료"의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 "특정급여치료"라 함은 의사에 의하여 "순환계질환(5종)"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 「특정급여치료 대상 수가코드」(【별표85】특정급여치료 대상 수가코드 참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② 위 ①에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "특정급여치료"에 대해 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 위 ①의 "특정급여치료"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "특정급여치료" 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

용어 풀이

급여수가코드

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

5. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.))

용어 풀이

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, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 피보험자가 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) 1의 "순환계질환(5종)"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 26. (제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) 1의 "순환계질환(5종)"으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

10. (특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 35. (해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유) 1의 "순환계질환(5종)"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간" 이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서

정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

11. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

2 위 1에도 불구하고 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 "순환계질환(5종)"으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

149 | 순환계질환(5종)치료비지원(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 "순환계질환(5종)"으로 진단확정된 경우에는 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 "순환계질환(5종)치료비지원"으로 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 3. ("순환계질환(5종)"의 정의 및 진단확정) 2에서 정한 사망 후 "순환계질환(5종)"의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 "순환계질환(5종)치료비지원"을 지급합니다. 다만, 4. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

3. ("순환계질환(5종)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(5종)" 이라 함은 「순환계질환 분류표」【별표6】 순환계질환 분류표 참조)에서 정한 5종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(5종)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(5종)"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 "순환계질환(5종)치료비지원"을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중

도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

150 | 질병수술비Ⅱ(특정경증질환제외)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병(특정경증질환제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 다음과 같이 질병수술비(특정경증질환제외)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
질병수술비 (특정경증질환제외) (동일질병당1회지급) (맞춤간편고지)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병수술비 (특정경증질환제외) (동일질병당1회지급) (맞춤간편고지)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 「특정경증질환」이란 다래끼, 결막염, 외이의 질환, 티눈을 말합니다.(【별표86】 특정경증질환 분류표 참조)

3 위 1의 질병수술비는 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비는 보장하지 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 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대해서는 보장하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F04~F99)

② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)이 보장개시일부터 2년이내에 발생한 경우

③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)

④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)

⑤ 비만(E66)

⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)

⑦ 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)

⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

⑨ 과잉포피, 포경 및 감돈포경, 음경의 기타 장애(N47~N48)

⑩ 다래끼, 결막염, 외이의 질환, 티눈
(【별표86】 특정경증질환 분류표 참조)

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

4. ("수술" 의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
(예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에

서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

151 | 질병수술비II(특정경증질환,백내장및대장용종제외)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병(특정경증질환,백내장및대장용종제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 다음과 같이 질병수술비(특정경증질환,백내장및대장용종제외)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
질병수술비 (특정경증질환,백내장 및 대장용종제외) (동일질병당1회지급) (맞춤간편고지)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병수술비 (특정경증질환,백내장 및 대장용종제외) (동일질병당1회지급) (맞춤간편고지)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 「특정경증질환」이란 다래끼, 결막염, 외이의 질환, 티눈을 말합니다.(【별표86】 특정경증질환 분류표 참조)

3 위 1의 「백내장및대장용종」이란 백내장, 대장종양을 말합니다.(【별표87】 백내장/대장종양 분류표 참조)

4 위 1의 질병수술비는 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합

니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비는 보장하지 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 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대해서는 보장하지 않습니다.
① 정신 및 행동장애(F04~F99)
② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)이 보장개시일부터 2년이내에 발생한 경우
③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
⑤ 비만(E66)
⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
⑦ 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
⑧ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
⑨ 과잉포피, 포경 및 감돈포경, 음경의 기타 장애(N47~N48)
⑩ 다래끼, 결막염, 외이의 질환, 티눈(【별표86】 특정경증질환 분류표 참조)
⑪ 백내장, 대장종양(【별표87】 백내장/대장종양 분류표 참조)

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

4. ("수술" 의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의

원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

152 | 질병수술비Ⅱ(특정경증질환,특정다빈도9대질병제외)(동일질병당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병(특정경증질환,특정다빈도9대질병제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 다음과 같이 질병수술비(특정경증질환,특정다빈도9대질병제외)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
질병수술비 (특정경증질환,특정다빈도9대질병제외) (동일질병당1회지급) (맞춤간편고지)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병수술비 (특정경증질환,특정다빈도9대질병제외) (동일질병당1회지급) (맞춤간편고지)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 「특정경증질환」이란 다래끼, 결막염, 외이의 질환을 말합니다. (【별표88】 특정경증질환Ⅱ 분류표 참조)

3 위 1 「특정다빈도 9대질병」이란 백내장, 항문질환, 대장종양, 후각특정질환, 피부종양, 특정피부질환, 생식기질환, 하지정맥류 및 유방의장애를 말합니다. (【별표68】 특정다빈도 9대질병 분류표 참조)

4 위 1의 질병수술비는 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비는 보장하지 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 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대해서는 보장하지 않습니다.

① 정신 및 행동장애(F04~F99)

② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)이 보장개시일부터 2년이내에 발생한 경우

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 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

⑧ 과잉포피, 포경 및 감돈포경, 음경의 기타 장애(N47~N48)

⑨ 다래끼, 결막염, 외이의 질환(【별표88】 특정경증질환Ⅱ 분류표 참조)

⑩ 백내장, 항문질환, 대장종양, 후각특정질환, 피부종양, 특정피부질환, 생식기질환, 하지정맥류 및 유방의장애(【별표68】특정다빈도 9대질병 분류표 참조)

3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.

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

4. (“수술” 의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

“기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술”이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
(예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

153 | 질병수술비Ⅱ(특정경증질환제외)(매회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병(특정경증질환제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 다음과 같이 질병수술비(특정경증질환제외)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
질병수술비 (특정경증질환제외) (매회지급) (맞춤간편고지)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병수술비 (특정경증질환제외) (매회지급) (맞춤간편고지)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 위 ①의 「특정경증질환」이란 다래끼, 결막염, 외이의 질환, 티눈을 말합니다. (【별표86】 특정경증질환 분류표 참조)

③ 위 ①의 질병수술비(특정경증질환제외)는 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술비를 지급합니다.

4 위 3에서 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.

용어 풀이

체간골 : '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 신체부위로 봅니다.

동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우 : 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 함은 같은 수술실에서 수술 부위와 관계없이 시간적으로 연속하여 두 종류 이상의 수술을 받는 것을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래에 열거된 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

① 일반적인 질병(제자리암·경계성종양 포함) 치료목적의 수술
- ㉮ 치료목적의 유방절제술(Mammotomy)
- ㉯ 경질적 자궁, 난소, 난관 수술
- ㉰ 망막박리 수술
- ㉱ 레이저(Laser)에 의한 안구 수술
- ㉲ 냉동응고에 의한 안구 수술
- ㉳ 중이내 튜브유치술
- ㉴ 체외충격파쇄석술(E.S.W.L)
- ㉵ 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터 (Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술

② 악성신생물 치료목적의 수술
- ㉮ 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술
- ㉯ 기타 악성신생물수술(단, 관혈적 악성신생물 근치수술 및 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술 제외)

③ 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사
- ㉮ 악성신생물 근치 방사선 조사(단, 5,000Rad 이상의 조사를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(Stereotactic radiotherapy)를 포함함)
- ㉯ 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료

④ 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

용어 풀이

관혈수술 : 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술

근치수술 : 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술

관혈적 악성신생물 근치수술 : 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 수술

용어 풀이

악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료 : 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법

두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료 : 정위좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비는 보장하지 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 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대하여는 보장하지 않

습니다.
① 정신 및 행동장애(F04~F99)
② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)이 보장개시일부터 2년이내에 발생한 경우
③ 피보험자가 임신, 출산, 산후기로 수술한 경우(O00~ O99)(단, 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)은 보상합니다.)
④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
⑤ 비만(E66)
⑥ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
⑦ 과잉포피, 포경 및 감돈포경, 음경의 기타 장애(N47~N48)
⑧ 다래끼, 결막염, 외이의 질환, 티눈
(【별표86】 특정경증질환 분류표 참조)

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

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

154 | 질병수술비Ⅱ(특정경증질환,12대특정질병치료수술제외)(매회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병(특정경증질환,12대특정질병치료수술제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 다음과 같이 질병수술비(특정경증질환,12대특정질병치료수술제외)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
질병수술비 (특정경증질환,12대특정 질병치료수술제외) (매회지급) (맞춤간편고지)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
질병수술비 (특정경증질환,12대특정 질병치료수술제외) (매회지급) (맞춤간편고지)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 「특정경증질환」이란 다래끼, 결막염, 외이의 질환을 말합니다. (【별표88】 특정경증질환Ⅱ 분류표 참조)

3 위 1의 「12대 특정질병 치료·수술」이란 백내장, 항문질환, 대장종양, 후각특정질환, 피부종양, 특정피부질환, 생식기질환, 하지정맥류, 유방의장애, 요실금의 수술 및 제왕절개수술, 체외충격파쇄석술(E.S.W.L) 치료를 말합니다.(【별표69】 특정다

빈도 10대질병 분류표 및 【별표70】제왕절개수술 및 체외충격파쇄석술 치료 분류표 참조)

4 위 1의 질병수술비(특정경증질환,12대특정질병치료수술제외)는 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술비를 지급합니다.

5 위 4에서 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.

용어 풀이

체간골 : '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 신체부위로 봅니다.

동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우 : 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 함은 같은 수술실에서 수술 부위와 관계없이 시간적으로 연속하여 두 종류 이상의 수술을 받는 것을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래에 열거된 수술의 경우, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

① 일반적인 질병(제자리암·경계성종양 포함) 치료목적의 수술
- ㉮ 치료목적의 유방절제술(Mammotomy)
- ㉯ 경질적 자궁, 난소, 난관 수술
- ㉰ 망막박리 수술
- ㉱ 레이저(Laser)에 의한 안구 수술
- ㉲ 냉동응고에 의한 안구 수술
- ㉳ 중이내 튜브유치술
- ㉴ 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터 (Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술

② 악성신생물 치료목적의 수술
- ㉮ 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술
- ㉯ 기타 악성신생물수술(단, 관혈적 악성신생물 근치수술 및 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술 제외)

③ 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사
- ㉮ 악성신생물 근치 방사선 조사(단, 5,000Rad 이상의 조사를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(Stereotactic radiotherapy)를 포함함)
- ㉯ 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료

④ 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

용어 풀이

관혈수술 : 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술

근치수술 : 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술

관혈적 악성신생물 근치수술 : 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 수술

용어 풀이

악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료 : 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법

두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료 : 정위좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 질병수술비는 보장하지 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 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 질병수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.
① 정신 및 행동장애(F04~F99)
② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)이 보장개시일부터 2년이내에 발생한 경우
③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개수술을 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
④ 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
⑤ 비만(E66)
⑥ 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
⑦ 과잉포피, 포경 및 감돈포경, 음경의 기타 장애(N47~N48)
⑧ 백내장, 항문질환, 대장종양, 후각특정질환, 피부종양, 특정피부질환, 생식기질환, 하지정맥류, 유방의장애, 요실금의 수술 및 제왕절개수술, 체외충격파쇄석술(E.S.W.L) 치료 (【별표69】 특정다빈도 10대질병 분류표 및 【별표70】 제왕절개수술 및 체외충격파쇄석술 치료 분류표 참조)
⑨ 다래끼, 결막염, 외이의 질환 (【별표88】 특정경증질환Ⅱ 분류표 참조)

3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보장하지 않습니다.
① 건강검진, 예방접종, 인공유산
② 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내,체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
③ 단순한 피로 또는 권태
④ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
⑤ 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
⑥ 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

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

4. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에는 녹내장, 당뇨병성 망막병증 등 눈질환의 직접적인 치료를 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저(Laser) 수술, 선천성질병으로 인한 레이저(Laser) 수술인 경우는 제외합니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

155 | 암주요치료비Ⅱ(상급종합병원플러스)(유사암제외)(연간1회한)(10년지급대상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "암(유사암제외)"으로 최초 진단확정되고, "보험금 지급 대상기간" 이내에 상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원에서 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 연간 1회에 한하여 다음과 같이 암주요치료비Ⅱ(상급종합병원플러스)(유사암제외)를 지급합니다.

구분	지급금액
암주요치료비Ⅱ (상급종합병원플러스) (유사암제외)	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

2 피보험자가 위 1의 암주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 "상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원" 중 연간 두 곳 이상에서 치료받은 경우에도 1회의 치료로 간주하고 보험금을 지급합니다.

3 위 1의 암주요치료는 "암(유사암제외)"(최초 진단과 상이한 "암(유사암제외)"도 포함합니다)를 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

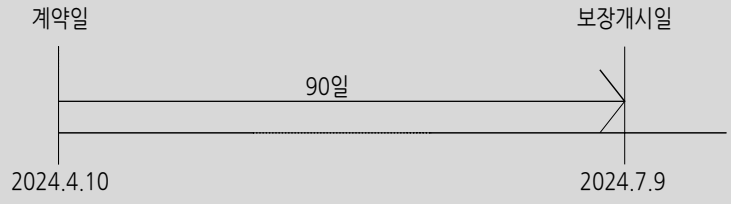
4 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



5 위 1의 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 “암(유사암제외)”의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

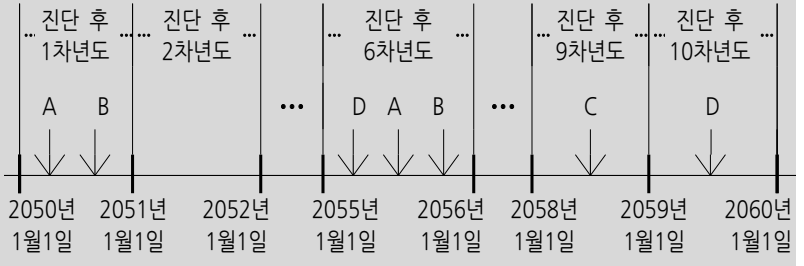
6 위 1의 “연간”이라 함은 “암(유사암제외)”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “암(유사암제외)”의 진단해당일 (“암(유사암제외)”의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 “암(유사암제외)”의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 “암(유사암제외)”의 진단해당일로 합니다.

예시

암주요치료비Ⅱ(상급종합병원플러스)(유사암 제외)(연간1회한)(10년지급대상)
지급예시
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년 만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- C15(식도의 악성신생물) 최초진단 확정일 : 2050년 1월 1일
- C32(후두의 악성신생물) 최초진단 확정일 : 2051년 1월 1일

A : 암수술(C15)
B : 항암방사선치료(C15)
C : 항암약물치료(C15)
D : 항암약물치료(C32)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
1,000만원	-		1,000만원		1,000만원	1,000만원

※ 2050년 1월1일 C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년1월1일로부터 10년입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를

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

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "암(유사암제외)"의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 "보험금 지급 대상기간"이 만료되지 않았을 경우에는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암(유사암제외)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암(유사암제외)"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (“암 주요치료”의 정의)

1 “암 주요치료”에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

2 “암 주요치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

② 면역력 강화 치료

③ 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 호르몬 관련 치료제

⑤ ① 내지 ④ 이외의 “암 주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

3 2에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 “암 주요치료”로 봅니다.

용어 풀이

호르몬 관련 치료제

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암(유사암제외)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 “암(유사암제외)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 “수술”에 “항암방사선치료” 와 “항암약물치료”는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)

② 천자(穿刺) 등의 조치

③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

④ 미용성형 목적의 수술

⑤ 피임(避妊) 목적의 수술

⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

“기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술”이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

6. (“항암방사선치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

7. (“항암약물치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

8. (“상급종합병원”의 정의)

“상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

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

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

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

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

9. (“국립암센터”의 정의)

“국립암센터”라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)에 따라 설립된 국립암센터를 말합니다.

인용문구

암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립 · 운영한다.

② 국립암센터는 법인으로 한다.

③ 국립암센터는 주된 사무소의 소재지에서 설립등기를 함으로써 성립한다.

④ 제3항에 따른 설립등기 사항은 다음 각 호와 같다.
1. 목적
2. 명칭
3. 주된 사무소 및 부속기관
4. 임원의 성명 및 주소
5. 공고의 방법

10. (“서울원자력병원”의 정의)

“서울원자력병원”이라 함은 서울에 위치한 “한국원자력의학원 원자력병원”만을 의미하며, “한국원자력의학원 원자력병원”이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)에 따라 설립된 한국원자력의학원을 말합니다. 단, “한국원자력의학원 원자력병원”은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의3 등은 포함하지 않습니다.

인용문구

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구 · 개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 “의학원”이라 한다)을 설립한다.

② 의학원은 법인으로 한다.

③ 의학원은 그 주된 사무소가 있는 곳에서 설립등기를 함으로써 성립한다.

④ 의학원은 그 정관을 변경하려면 과학기술정보통신부장관의 인가를 받아야 한다.

⑤ 의학원에는 이사장과 원장 1명씩을 포함한 13명 이내의 이사와 1명의 감사를 임원으로 둔다. 임원은 정관으로 정하는 바에 따라 이사회에서 선임하되, 과학기술정보통신부장관의 승인을 받아야 한다.

⑥ 의학원의 중요 사항을 심의 · 의결하기 위하여 의학원에 이사회를 둔다.

⑦ 원장은 의학원을 대표하고, 의학원의 업무를 총괄하며, 소속 직원을 지휘 · 감독한다.

⑧ 정부는 예산의 범위에서 의학원의 설립 및 운영에 필요한 경비를 출연할 수 있다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다

11. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 8. (“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 “상급종합병원”제도가 폐지되는 경우

② 법령의 개정에 따라 “상급종합병원”제도의 변경으로 8. (“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관 내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

12. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 “암(유사암제외)”에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 “암(유사암제외)”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

13. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 “암(유사암제외)”에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

14. (특별약관의 소멸)

1 피보험자가 1. (보험금의 지급사유) 1의 “암(유사암제외)”으로 최초 진단확정을 받고 “보험금 지급 대상기간”이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

15. (특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 26. (제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 1. (보험금의 지급사유) 1의 “암(유사암제외)”으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

16. (특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 35. (해약환급금)을 따릅니다. 단, 1. (보험금의 지급사유) 1의 “암(유사암제외)”으로 최초 진단확정을 받고 “보험금 지급 대상기간” 이내에 해지하는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

17. (특별약관의 갱신)

1 이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.
2 위 1에도 불구하고 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 "암(유사암제외)"으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

18. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

156 | 기타피부암 및 갑상선암주요치료비Ⅱ (상급종합병원플러스)(연간1회한)(10년지급대상) (맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정되고, "보험금 지급 대상기간" 이내에 상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원에서 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 연간 1회에 한하여 다음과 같이 기타피부암 및 갑상선암주요치료비Ⅱ(상급종합병원플러스)를 지급합니다.

구분	지급금액
기타피부암 및 갑상선암주요치료비Ⅱ (상급종합병원플러스)	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

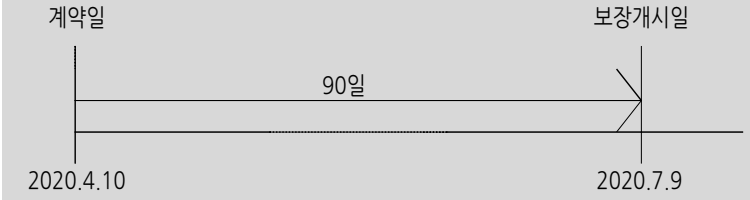
2 피보험자가 위 1의 암주요치료(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)를 "상급종합병원, 국립암센터 또는 서울원자력병원" 중 연간 두 곳 이상에서 치료받은 경우에도 1회의 치료로 간주하고 보험금을 지급합니다.
3 위 1의 암주요치료는 "기타피부암" 또는 "갑상선암"(최초 진단과 상이한 "기타피부암" 또는 "갑상선암"도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
4 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

기타피부암 및 갑상선암 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



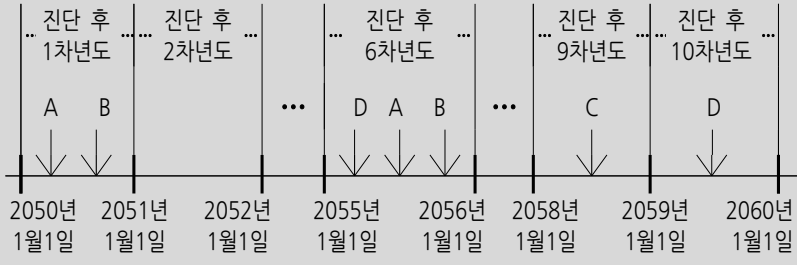
5 위 1의 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.
6 위 1의 "연간"이라 함은 "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단해당일("기타피부암" 또는 "갑상선암"의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 "기타피부암" 및 "갑상선암" 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 "기타피부암" 및 "갑상선암" 진단해당일로 합니다.

예시

기타피부암 및 갑상선암주요치료비Ⅱ(상급종합병원플러스)(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시
(보험가입금액 200만원기준, 30년 만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- C44(기타 피부의 악성신생물) 최초진단 확정일 : 2050년 1월 1일
- C73(갑상선의 악성신생물) 최초진단 확정일 : 2051년 1월 1일

A : 암수술(C44)
B : 항암방사선치료(C44)
C : 항암약물치료(C44)
D : 항암약물치료(C73)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
200만원	-		200만원		200만원	200만원

※ 2050년 1월1일 C44(기타 피부의 악성신생물) 최초 진단 이후 C44(기타 피부의 악성신생물) 이외의 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년1월1일로부터 10년입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 "보험금 지급 대상기간"이 만료되지 않았을 경우에는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3. ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

3 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

4 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

5 위 3 및 4에 따른 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때

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

유의사항

보험 지식

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

4. ("암 주요치료"의 정의)

1 "암 주요치료"에는 암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료가 포함됩니다.

2 "암 주요치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
② 면역력 강화 치료
③ 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
④ 호르몬 관련 치료제
⑤ ① 내지 ④ 이외의 "암 주요치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

3 2에도 불구하고, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료는 "암 주요치료"로 봅니다.

용어 풀이

호르몬 관련 치료제

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "기타피부암 또는 갑상선암"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 "기타피부암 또는 갑상선암"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

6. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

7. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

8. ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

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

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

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

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

9. ("국립암센터"의 정의)

"국립암센터"라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)에 따라 설립된 국립암센터를 말합니다.

인용 문구

암관리법 제27조(국립암센터 설립 등)

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립 · 운영한다.

② 국립암센터는 법인으로 한다.

③ 국립암센터는 주된 사무소의 소재지에서 설립등기를 함으로써 성립한다.

④ 제3항에 따른 설립등기 사항은 다음 각 호와 같다.
1. 목적

2. 명칭
3. 주된 사무소 및 부속기관
4. 임원의 성명 및 주소
5. 공고의 방법

10. ("서울원자력병원"의 정의)

"서울원자력병원"이라 함은 서울에 위치한 "한국원자력의학원 원자력병원"만을 의미하며, "한국원자력의학원 원자력병원"이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립)에 따라 설립된 한국원자력의학원을 말합니다. 단, "한국원자력의학원 원자력병원"은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의3 등은 포함하지 않습니다.

인용문구

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 "의학원"이라 한다)을 설립한다.
② 의학원은 법인으로 한다.
③ 의학원은 그 주된 사무소가 있는 곳에서 설립등기를 함으로써 성립한다.
④ 의학원은 그 정관을 변경하려면 과학기술정보통신부장관의 인가를 받아야 한다.
⑤ 의학원에는 이사장과 원장 1명씩을 포함한 13명 이내의 이사와 1명의 감사를 임원으로 둔다. 임원은 정관으로 정하는 바에 따라 이사회에서 선임하되, 과학기술정보통신부장관의 승인을 받아야 한다.
⑥ 의학원의 중요 사항을 심의·의결하기 위하여 의학원에 이사회를 둔다.
⑦ 원장은 의학원을 대표하고, 의학원의 업무를 총괄하며, 소속 직원을 지휘·감독한다.
⑧ 정부는 예산의 범위에서 의학원의 설립 및 운영에 필요한 경비를 출연할 수 있다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다

11. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 8. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 8. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관 내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다

12. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 "기타피부암" 및 "갑상선암"에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

13. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

14. (특별약관의 소멸)

① 피보험자가 1. (보험금의 지급사유) ①의 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 위 ① 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

15. (특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 26. (제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 1. (보험금의 지급사유) ①의 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

16. (특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 35. (해약환급금)을 따릅니다. 단, 1. (보험금의 지급사유) ①의 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간" 이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

17. (특별약관의 갱신)

① 이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

② 위 ①에도 불구하고 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

18. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) ② 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

157 | 하이클래스암주요치료비Ⅱ(연간1회한)(10년지급대상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암"으로 최초 진단확정되고, "보험금 지급 대상기간" 이내에 하이클래스 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 연간 1회에 한하여 다음과 같이 하이클래스암주요치료비Ⅱ를 지급합니다.

구분	지급금액
하이클래스 암주요치료비Ⅱ	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

② 위 ①의 하이클래스암주요치료는 "암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암"(최초 진단과 상이한 "암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암"도 포함합니다)를 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

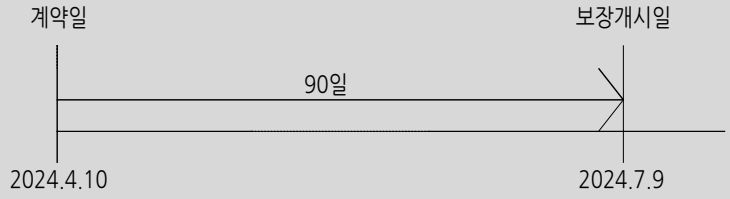
③ 위 ①에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암제외), 기타피부암 및 갑상선암 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



④ 위 ①의 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 "암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

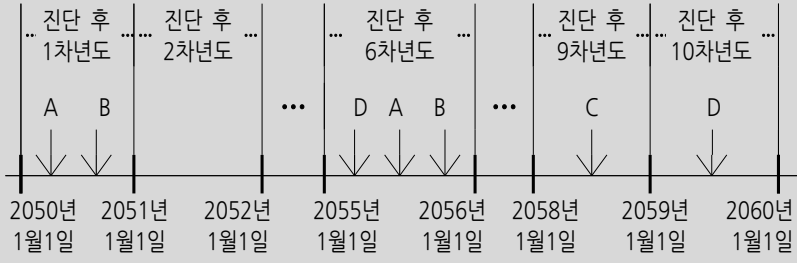
⑤ 위 ①의 "연간"이라 함은 "암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 진단해당일 ("암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 "암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 "암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 진단해당일로 합니다.

예시

하이클래스암주요치료비Ⅱ(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년 만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- C15(식도의 악성신생물) 최초진단 확정일 : 2050년 1월 1일
- C32(후두의 악성신생물) 최초진단 확정일 : 2051년 1월 1일

A : 비급여 암수술(C15)
B : 비급여 항암방사선치료(C15)
C : 전액본인부담 항암약물치료(C15)
D : 급여 일부본인부담 항암약물치료(C32)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
1,000만원	-		1,000만원		1,000만원	-

※ 2050년 1월1일 C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년1월1일로부터 10년입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 "보험금 지급 대상기간"이 만료되지 않았을 경우에는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

6 위 5에 따른 "암(유사암제외)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암(유사암제외)"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

3 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

4 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

5 위 3 및 4에 따른 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

5. ("하이클래스 암 주요치료"의 정의)

1 "하이클래스 암 주요치료"에는 전액본인부담(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우) 또는 비급여에 해당되는 수술, 항암방사선치료 및 항암약물치료가 포함됩니다.

2 "하이클래스 암 주요치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
② 면역력 강화 치료
③ 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
④ 호르몬 관련 치료제
⑤ ① 내지 ④ 이외의 "하이클래스 암 주요치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

용어 풀이

호르몬 관련 치료제

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

3 1에서 "비급여"라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.
4 1에서 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

6. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 "암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.
4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
(예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

7. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

8. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여

치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

9. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 “암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암”에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 “암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

10. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 “암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암”에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

11. (특별약관의 소멸)

① 피보험자가 1. (보험금의 지급사유) ①의 “암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암”으로 최초 진단확정을 받고 “보험금 지급 대상기간”이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 위 ①에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 위 ① 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

12. (특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 26. (제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 1. (보험금의 지급사유) ①의 “암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암”으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

13. (특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 35. (해약환급금)을 따릅니다. 단, 1. (보험금의 지급사유) ①의 “암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암”으로 최초 진단확정을 받고 “보험금 지급 대상기간” 이내에 해지하는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

14. (특별약관의 갱신)

① 이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

② 위 ①에도 불구하고 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 “암(유사암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암”으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

15. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) ② 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

158 | 하이클래스항암약물치료비Ⅱ(연간1회한)(10년지급대상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 “암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급 대상기간” 이내에 하이클래스 항암약물치료를 받은 경우 연간 1회에 한하여 다음과 같이 하이클래스항암약물치료비Ⅱ를 지급합니다.

구분	지급금액
하이클래스 항암약물치료비Ⅱ	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

2 위 1의 하이클래스 항암약물치료는 "암(유사암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암"(최초 진단과 상이한 "암(유사암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암"도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

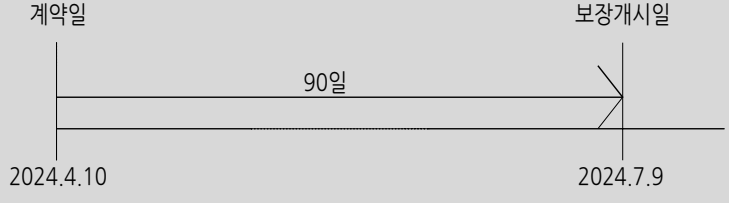
3 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



4 위 1의 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 "암(유사암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

5 위 1의 "연간"이라 함은 "암(유사암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "암(유사암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 진단해당일 ("암(유사암 제외),기타피부암 또는 갑상선암"의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 "암(유사암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 "암(유사암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 진단해당일로 합니다.

예시

하이클래스항암약물치료비Ⅱ(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년 만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- C15(식도의 악성신생물) 최초진단 확정일 : 2050년 1월 1일
- C32(후두의 악성신생물) 최초진단 확정일 : 2051년 1월 1일

A : 비급여 항암약물치료(C15)
B : 전액본인부담 항암약물치료(C15)
C : 급여 일부본인부담 항암약물치료(C15)
D : 비급여 항암약물치료(C32)

진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
1,000만원	-		1,000만원		-	1,000만원

※ 2050년 1월1일 C15(식도의 악성신생물) 최초 진단 이후 C15(식도의 악성신생물) 이외의 암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년1월1일로부터 10년입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 "보험금 지급 대상기간"이 만료되지 않았을 경우에는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암(유사암제외)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암(유사암제외)"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

3 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사

(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

4 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

5 위 3 및 4에 따른 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

5. ("하이클래스 항암약물치료"의 정의)

1 "하이클래스 항암약물치료"에는 전액본인부담(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우) 또는 비급여에 해당되는 항암약물치료가 포함됩니다.

2 "하이클래스 항암약물치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
② 면역력 강화 치료
③ 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
④ 호르몬 관련 치료제
⑤ ① 내지 ④ 이외의 "하이클래스 항암약물치료"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

용어 풀이

호르몬 관련 치료제

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

3 1에서 "비급여"라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

4 1에서 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

6. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여

치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 “암(유사암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암”에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 “암(유사암제외), 기타피부암 또는 갑상선암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 “암(유사암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암”에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 피보험자가 1. (보험금의 지급사유) 1의 “암(유사암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암”으로 최초 진단확정을 받고 “보험금 지급 대상기간”이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 26. (제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 1. (보험금의 지급사유) 1의 “암(유사암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암”으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

11. (특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 35. (해약환급금)을 따릅니다. 단, 1. (보험금의 지급사유) 1의 “암(유사암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암”으로 최초 진단확정을 받고 “보험금 지급 대상기간” 이내에 해지하는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

12. (특별약관의 갱신)

1 이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

2 위 1에도 불구하고 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 “암(유사암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암”으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

13. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

159 | 통합유사암진단비(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암(피부및유방), 제자리암(자궁경부및생식기관), 제자리암(기타), 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정된 경우 이 특별약관에 따라 다음의 금액을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
제자리암진단비(피부및유방) 제자리암진단비(자궁경부및생식기관) 제자리암진단비(기타) 경계성종양진단비 기타피부암진단비 갑상선암진단비 (각각 1회한)	경과기간	지급금액
	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
제자리암진단비(피부및유방) 제자리암진단비(자궁경부및생식기관) 제자리암진단비(기타) 경계성종양진단비 기타피부암진단비 갑상선암진단비 (각각 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

3 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

4 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

5 위 3 및 4에 따른 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

4. ("제자리암(피부및유방)", "제자리암(자궁경부및생식기관)" 및 "제자리암(기타)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암(피부및유방)"이라 함은 「제자리신생물(피부및유방) 분류표」(【별표89】제자리신생물(피부및유방) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "제자리암(자궁경부및생식기관)"이라 함은 「제자리신생물(자궁경부및생식기관) 분류표」(【별표90】제자리신생물(자궁경부및생식기관) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "제자리암(기타)"이라 함은 「제자리신생물(기타) 분류표」(【별표91】제자리신생물(기타) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

4 "제자리암(피부및유방)", "제자리암(자궁경부및생식기관)" 및 "제자리암(기타)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "제자리암(피부및유방)", "제자리암(자궁경부및생식기관)" 및 "제자리암(기타)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

5 위 4에 따른 "제자리암(피부및유방)", "제자리암(자궁경부및생식기관)" 및 "제자리암(기타)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암(피부및유방)", "제자리암(자궁경부및생식기관)" 및 "제자리암(기타)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

제자리암(피부및유방), 제자리암(자궁경부및생식기관) 및 제자리암(기타)의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종

양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

경계성종양의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유) 에서 정한 제자리암(피부및유방), 제자리암(자궁경부및생식기관), 제자리암(기타), 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암으로 각각 진단받아 통합유사암진단비를 각 1회씩 총 6회 지급한 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

160 | 정신질환진단비(최초1회한)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보장의 범위)

이 특별약관은 다음의 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. **정신질환진단비(1군)(최초1회한)**
2. **정신질환진단비(1~2군)(최초1회한)**
3. **정신질환진단비(1~3군)(최초1회한)**
4. **정신질환진단비(1~4군)(최초1회한)**
5. **정신질환진단비(1~5군)(최초1회한)**

2. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 정신건강의학과 전문의에 의해 1. (보장의 범위)의 세부보장에 해당하는 정신질환으로 진단확정된 경우에는 아래와 같이 세부보장별 각각 최초 1회에 한하여 보험가입금액을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

세부보장 구분	경과기간	지급금액
정신질환진단비(1군)(최초1회한) **정신질환진단비(1~2군)(최초1회한)** **정신질환진단비(1~3군)(최초1회한)** **정신질환진단비(1~4군)(최초1회한)** **정신질환진단비(1~5군)(최초1회한)**	최초 진단일이 보험계약일로부터 1년미만	각 세부보장 보험가입금액의 50%
	최초 진단일이 보험계약일로부터 1년이상	각 세부보장 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

세부보장 구분	지급금액
정신질환진단비(1군)(최초1회한) 정신질환진단비(1~2군)(최초1회한) 정신질환진단비(1~3군)(최초1회한) 정신질환진단비(1~4군)(최초1회한) 정신질환진단비(1~5군)(최초1회한)	각 세부보장 보험가입금액의 100%

가입 예시

(가입 예시) 정신질환진단비(최초1회한) 가입 예시

- 최초계약의 계약일 : 2024년 1월 1일
- 세부보장별 가입금액

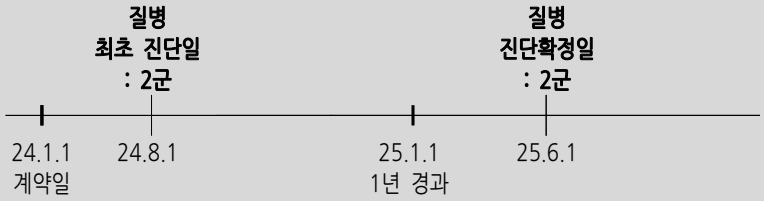
세부보장	예시 가입금액
정신질환진단비(1군)(최초1회한)	500만원
정신질환진단비(1~2군)(최초1회한)	400만원
정신질환진단비(1~3군)(최초1회한)	50만원
정신질환진단비(1~4군)(최초1회한)	30만원
정신질환진단비(1~5군)(최초1회한)	20만원

예시

(보장사례1) 최초 진단일이 보험계약일로부터 1년 미만인 경우

*** 1군 및 2군의 진단확정일 : "정신질환치료제" 처방 요건을 충족한 해당일**
3군, 4군 및 5군의 진단확정일 : 최초 진단일과 동일

*** 보험금 지급금액 판단(50%감액) 기준일은** 진단확정일이 아닌
최초 진단일로 합니다.



- 최초 진단일이 보험계약일 1년 미만(24.8.1)으로 2군을 보장하는 세부보장별 보험가입금액의 50% 지급

- 세부보장별 지급 대상 보험금 (세부보장별 보험가입금액의 50%) : (1~2군) 200만원 (1~3군) 25만원, (1~4군) 15만원, (1~5군) 10만원

=> 총 지급 보험금(1~2군,1~3군,1~4군,1~5군 보험금의 합) **: 250만원**

- 보험금이 지급된 대상 세부보장에 대한 회사의 보장책임은 소멸 (1~2군, 1~3군, 1~4군, 1~5군 세부보장 소멸)

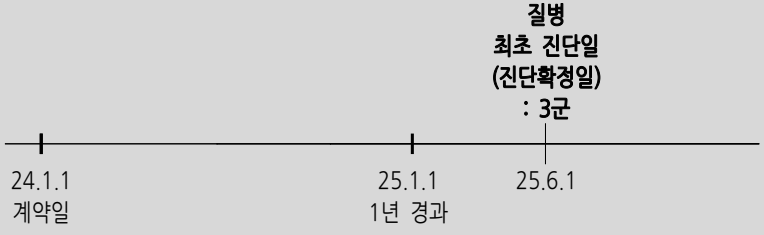
- 1군 세부보장의 경우, 보장책임 미소멸

예시

(보장사례2) 최초 진단일이 보험계약일로부터 1년 이상인 경우

*** 1군 및 2군의 진단확정일 : "정신질환치료제" 처방 요건을 충족한 해당일**
3군, 4군 및 5군의 진단확정일 : 최초 진단일과 동일

*** 보험금 지급금액 판단(50%감액) 기준일은** 진단확정일이 아닌
최초 진단일로 합니다.



- 최초 진단일이 보험계약일 1년 이상으로 3군을 보장하는
세부보장별 보험가입금액의 100% 지급

- 세부보장별 지급 대상 보험금 (세부보장별 보험가입금액의 100%)
(1~3군) 50만원, (1~4군) 30만원, (1~5군) 20만원

=> 총 지급 보험금(1~3군,1~4군,1~5군 보험금의 합) **: 100만원**

- 보험금이 지급된 대상 세부보장에 대한 회사의 보장책임은 소멸
(1~3군, 1~4군, 1~5군 세부보장 소멸)

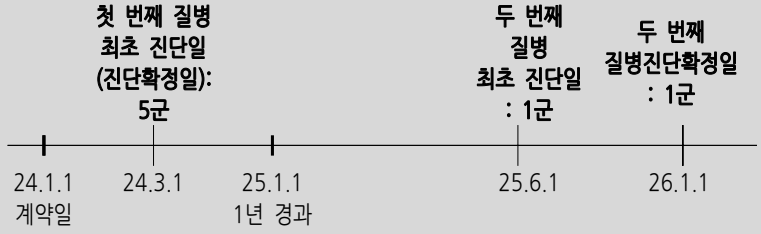
- (1군), (1~2군) 세부보장의 경우, 보장책임 미소멸

예시

(보장사례3) 보험금 2회 지급(첫 번째 질병 5군, 두 번째 질병 1군)인 경우

*** 1군 및 2군의 진단확정일 : "정신질환치료제" 처방 요건을 충족한 해당일**
3군, 4군 및 5군의 진단확정일 : 최초 진단일과 동일

*** 보험금 지급금액 판단(50%감액) 기준일은** 진단확정일이 아닌
최초 진단일로 합니다.



※ 질병별 보험금 지급

1) 첫 번째 질병(5군) : 10만원 지급
[(1~5군) 10만원, 세부보장 보험가입금액의 50%]

- 보험금이 지급된 세부보장에 대한 회사의 보장책임은 소멸

*** (1군), (1~2군), (1~3군), (1~4군) 세부보장의 경우, 보장책임 미소멸**

2) 두 번째 질병(1군) : 980만원 지급
[(1군) 500만원, (1~2군) 400만원, (1~3군) 50만원, (1~4군) 30만원]

- 보험금이 지급된 세부보장에 대한 회사의 보장책임은 소멸

=> **총 지급 보험금**(1군,1~2군,1~3군,1~4군,1~5군 보험금의 합) **: 990만원**

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 4. (“정신질환”의 정의 및 진단확정)의 2.①을 충족하고, 보험기간이 끝난 이후에 4. (“정신질환”의 정의 및 진단확정)의 2.②를 충족한 경우에도 2. (보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

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

4. (“정신질환”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 ‘정신질환’이라 함은 「정신질환 1~5군 분류표」(【별표93】정신질환 1~5군 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에서 ‘정신질환’의 ‘진단확정’은 다음 각 호에 모두 해당되는 경우를 말합니다.

① ‘정신질환’으로 최초 진단된 경우

② 위 ①의 최초진단일부터 1년 이내에 ‘정신질환치료제’를 90일이상 처방받은 경우

3 “정신질환”의 진단은 의료법 제 3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사자격을 가진 정신건강의학과 전문의에 의하여 DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5) 등의 진단기준을 근거로 정신과적 진단도구를 이용하여 내려져야 하며, 이에 의해 작성한 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사는 정신질환의 진단 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

4 위 2에도 불구하고, 3군 내지 5군의 정신질환의 진단확정은 위 2.②를 적용하지 않고, 위 2.①만으로 ‘정신질환’ 진단을 확정합니다.

5 위 2에도 불구하고, 정신건강의학과 전문의에 의하여 최초진단일로부터 1년 이내에 정신질환치료제의 90일이상 처방이 우선적인 치료로 고려되지 않는 아래의 경우에 한해서는 해당 내용을 확인할 수 있는 진단서 또는 의사소견서, 진료기록 등 제출 시, 위 2.①만으로 1군 및 2군의 ‘정신질환’을 ‘진단확정’합니다.

① 소아, 청소년 및 임산부

② 다른 질환으로 약물을 복용하고 있어 약물간 상호작용 고려해야하는 경우

③ 비약물 치료가 우선적 치료로 판단되는 경우

④ 약물치료 이득 대비 위험이 높은 경우(약물 부작용 등)

6 이 계약에서 ‘정신질환치료제’라 함은 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자가 정신질환의 직접적인 치료 목적으로 처방한 약제로 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」의 의약품 분류번호 ‘100(신경계 감각기관용 의약품)’에 해당하는 약물 중 항우울제, 항정신병약물, 항조증약물, 항불안제를 말합니다. 이때, 의약품 등 분류번호에 관한 규정 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우에는 ‘신경계 감각기관용 의약품’에 준하는 의약품 분류번호를 따릅니다.

7 이 특별약관에서 ‘90일이상 처방 받은 경우’라 함은 ‘정신질환’ 진단 후 정신질환치료제의 총 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 정신질환치료제를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 90일 이상인 경우를 말합니다. 단, 항정신병 장기지속형 주사제의 경우 전문의에 의하여 작성된 소견서를 기초로 하여 인정된 효능기간을 처방일수로 합산합니다.

8 위 7의 처방일수 합산 시 「정신질환 1~5군 분류표」의 분류번호별로 합산하며, 기준일자는 정신질환치료제를 처방받은 날로 합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

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

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 2. (보험금의 지급사유)에서 정한 각각의 세부보장에 해당하는 보험금을 지급한 경우에 각각의 세부보장에 대한 회사의 보장책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 세부보장에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에 따라 세부보장에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 2에 따라 이 특별약관의 보장책임이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4 위 2 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

161 | 정신질환입원일당(연간20일한도)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보장의 범위)

이 특별약관은 다음의 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 정신질환입원일당(1그룹)(연간20일한도)
2. 정신질환입원일당(1~2그룹)(연간20일한도)
3. 정신질환입원일당(1~3그룹)(연간20일한도)

2. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 정신건강의학과 전문의에 의해 1. (보장의 범위)의 세부보장에 해당하는 정신질환으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 1일 이상 정신건강의학과에 입원하여 치료를 받은 때에는 입원 첫날부터 입원1일당 세부보장별 보험가입금액을 지급합니다.

2 위 1의 입원 보장의 시작은 정신질환의 진단 확정일이 아닌 최초진단일 기준으로 합니다.

3 위 1의 각 세부보장의 지급일수는 연간 20일을 한도로 합니다.

4 위 3의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

가입 예시

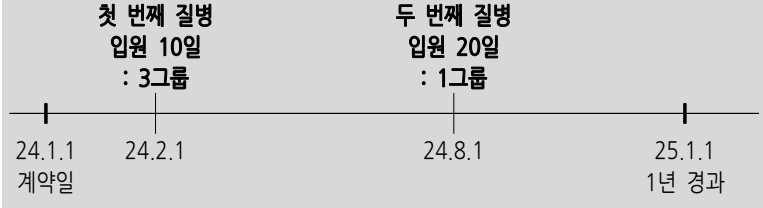
(가입 예시) 정신질환입원일당(연간20일한도) 가입 예시

- 최초계약의 계약일 : 2024년 1월 1일
- 세부보장별 가입금액

세부보장	예시 가입금액
정신질환입원일당(1그룹)(연간20일한도)	5만원
정신질환입원일당(1~2그룹)(연간20일한도)	3만원
정신질환입원일당(1~3그룹)(연간20일한도)	2만원

예시

(사례)
- 첫 번째 질병입원 : 3그룹 입원기간(24.2.1~24.2.10), 20만원 지급
- 두 번째 질병입원 : 1그룹 입원기간(24.4.1~24.4.20), 180만원 지급



- 1차입원 20만원
  20만원 = (1~3그룹) 보험가입금액(2만원) X 보장 입원일수(10일)

- 2차입원 180만원
  100만원 = (1그룹) 보험가입금액(5만원) X 보장 입원일수(20일)
  60만원 = (1~2그룹) 보험가입금액(3만원) X 보장 입원일수(20일)
  20만원 = (1~3그룹) 보험가입금액(2만원) X 보장 입원일수(10일*)
  * 1차입원 (1~3그룹) 연간 입원일수 10일 보장하여, 잔여한도 10일 보장

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 4. (“정신질환”의 정의 및 진단확정)의 2.①을 충족하고, 보험기간이 끝난 이후에 4. (“정신질환”의 정의 및 진단확정)의 2.②를 충족한 경우에도 2. (보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

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

3 피보험자가 정신건강의학과 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 정신건강의학과 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 2. (보험금의 지급사유)를 세부보장 구분에 따라 각각 지급합니다.

4 피보험자가 정신건강의학과 병실에 입원하여 치료를 받던 중 정신건강의학과 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 2. (보험금의 지급사유)를 세부보장 구분에 따라 각각 지급합니다.

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

4. (“정신질환”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 ‘정신질환’이라 함은 「정신질환 1~3그룹 분류표」(【별표94】정신질환 1~3그룹 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에서 ‘정신질환’의 ‘진단확정’은 다음 각 호에 모두 해당되는 경우를 말합니다.

① ‘정신질환’으로 최초 진단된 경우

② 위 ①의 최초진단일부터 1년 이내에 ‘정신질환치료제’를 90일이상 처방받은 경우

3 “정신질환”의 진단은 의료법 제 3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사자격을 가진 정신건강의학과 전문의에 의하여 DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5) 등의 진단기준을 근거로 정신과적 진단도구를 이용하여 내려져야 하며, 이에 의해 작성한 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사는 정신질환의 진단 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

4 위 2에도 불구하고, 2그룹 내지 3그룹의 정신질환의 진단확정은 위 2.②를 적용하지 않고, 위 2.①만으로 ‘정신질환’ 진단을 확정합니다.

5 위 2에도 불구하고, 정신건강의학과 전문의에 의하여 최초진단일로부터 1년 이내에 정신질환치료제의 90일이상 처방이 우선적인 치료로 고려되지 않는 아래의 경우에 한해서는 해당 내용을 확인할 수 있는 진단서 또는 의사소견서, 진료기록 등 제출 시, 위 2.①만으로 1그룹의 ‘정신질환’을 ‘진단확정’합니다.

① 소아, 청소년 및 임산부

② 다른 질환으로 약물을 복용하고 있어 약물간 상호작용 고려해야하는 경우

③ 비약물 치료가 우선적 치료로 판단되는 경우

④ 약물치료 이득 대비 위험이 높은 경우(약물 부작용 등)

6 이 특별약관에서 ‘정신질환치료제’라 함은 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자가 정신질환의 직접적인 치료 목적으로 처방한 약제로 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」의 의약품 분류번호 ‘100(신경계 감각기관용 의약품)’에 해당하는 약물 중 항우울제, 항정신병약물, 항조증약물, 항불안제를 말합니다. 이때, 의약품 등 분류번호에 관한 규정 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우에는 ‘신경계 감각기관용 의약품’에 준하는 의약품 분류번호를 따릅니다.

7 이 특별약관에서 ‘90일이상 처방 받은 경우’라 함은 ‘정신질환’ 진단 후 정신질환치료제의 총 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 정신질환치료제를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 90일 이상인 경우를 말합니다. 단, 항정신병 장기지속형 주사제의 경우 전문의에 의하여 작성된 소견서를 기초로 하여 인정된 효능기간을 처방일수로 합산합니다.

8 위 7의 처방일수 합산 시 「정신질환 1~3그룹 분류표」의 분류번호별로 합산하며, 기준일자는 정신질환치료제를 처방받은 날로 합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

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

5. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의

하여 정신질환의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

6. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 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.

용어 풀이

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 정신건강의학과 전문의 이외의 의사(치과의사 및 한의사 포함)에 의해 진단이 확정된 경우
⑦ 정신건강의학과 이외의 진료과에 입원한 경우
⑧ 정신과 낮병동에 입원한 경우

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

162 | 중증정신질환통원일당(연간12회한도) (비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 정신건강의학과 전문의에 의해 중증정신질환으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 「병원 또는 의원」에 통원한 경우에는 통원 1회당 보험가입금액을 지급합니다.

2 위 1의 통원 보장의 시작은 중증정신질환의 진단 확정일이 아닌 최초진단일 기준으로 합니다.

3 중증정신질환통원일당의 지급횟수는 통원 1일당 1회에 한하며, 연간 12회를 한도로 합니다.

4 위 3의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 3. ("중증정신질환"의 정의 및 진단확정)의 2.①을 충족하고, 보험기간이 끝난 이후에 3. ("중증정신질환"의 정의 및 진단확정)의 2.②를 충족한 경우에도 1. (보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("중증정신질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 '중증정신질환'이라 함은 「중증정신질환 분류표」(【별표95】중증정신질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에서 '중증정신질환'의 '진단확정'은 다음 각 호에 모두 해당되는 경우를 말합니다.

① '중증정신질환'으로 최초 진단된 경우

② 위 ①의 최초진단일부터 1년 이내에 '정신질환치료제'를 90일이상 처방받은 경우

3 "중증정신질환"의 진단은 의료법 제 3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사자격을 가진 정신건강의학과 전문의에 의하여 DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5) 등의 진단기준을 근거로 정신과적 진단도구를 이용하여 내려져야 하며, 이에 의해 작성한 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사는 중증정신질환의 진단 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

4 위 2에도 불구하고, 정신건강의학과 전문의에 의하여 최초진단일로부터 1년 이내에 정신질환치료제의 90일이상 처방이 우선적인 치료로 고려되지 않는 아래의 경우에 한해서는 해당 내용을 확인할 수 있는 정신건강의학과 전문의의 진단서 또는 의사소견서, 진료기록 등 제출 시, 위 2.①만으로 '중증정신질환'을 '진단확정'합니다.

① 소아, 청소년 및 임산부

② 다른 질환으로 약물을 복용하고 있어 약물간 상호작용 고려해야하는 경우

③ 비약물 치료가 우선적 치료로 판단되는 경우

④ 약물치료 이득 대비 위험이 높은 경우(약물 부작용 등)

5 이 특별약관에서 '정신질환치료제'라 함은 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자가 정신질환의 직접적인 치료 목적으로 처방한 약제로 식품의약품안전처에서 정하는 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」의 의약품 분류번호 '100(신경계 감각기관용 의약품)'에 해당하는 약물 중 항우울제, 항정신병약물, 항조증약물, 항불안제를 말합니다. 이때, 의약품 등 분류번호에 관한 규정 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우에는 '신경계 감각기관용 의약품'에 준하는 의약품 분류번호를 따릅니다.

6 이 특별약관에서 '90일이상 처방 받은 경우'라 함은 '중증정신질환' 진단 후 정신질환치료제의 총 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 정신질환치료제를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 90일 이상인 경우를 말합니다. 단, 항정신병 장기지속형 주사제의 경우 전문의에 의하여 작성된 소견서를 기초로 하여 인정된 효능기간을 처방일수로 합산합니다.

7 위 6의 처방일수 합산 시 「중증정신질환 분류표」의 분류번호별로 합산하며, 기준일자는 정신질환치료제를 처방받은 날로 합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

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

4. ("통원"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 정신질환의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "중증정신질환의 치료를 목적으로 한 통원"이란 의사에 의해 중증정신질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하여, 중증정신질환의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 정신질환을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 정신질환의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

163 | 간병인사용질병입원일당II(상급종합병원)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 상급종합병원에 입원하여 치료를 받으며 5. (간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급기준	경과기간	지급금액
간병인사용 질병입원일당 (상급종합병원) (1일이상180일 한도)	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
		보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 50%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급기준	지급금액
간병인사용 질병입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%

2 위 1의 간병인사용 질병입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도 내에서 산정합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유) 1의 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.

보험 지식

간병인사용 질병입원일당(상급종합병원) 보장사례 (가입금액 2만원 기준)

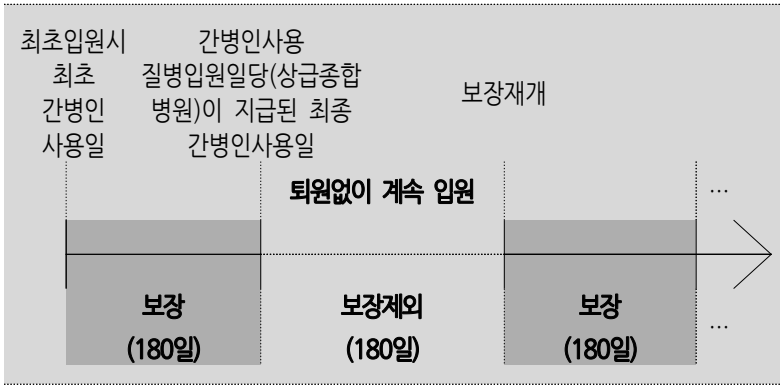
- 입원기간 : 2021년 10월 1일 ~ 10월 30일 (30일)
- 간병인 사용일 및 사용금액
  - 2021년 10월 11일 ~ 10월 17일 (사용일수 7일), 총77만원
    (1일당 평균 11만원 사용, 7만원 이상에 해당)
    → **가입금액(2만원) × 7일 = 14만원 지급**
  - 2021년 10월 21일 ~ 10월 24일 오전, 10월 24일 오후, 10월 25일 오후 ~ 10월 27일 (사용일수 7일), 총42만원
    (1일당 평균 6만원 사용, 7만원 미만에 해당)
    → **가입금액(2만원) × 50% × 7일 = 7만원 지급**

=> 총 지급 보장금액 : 14만원 + 7만원 = 21만원

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1. (보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 최종 간병인사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 간병인사용 질병입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)이 지급된 최종 간병인사용일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)이 지급된 최종 간병인사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 질병입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 6. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 1. (보험금의 지급사유)에 따라 간병인사용 질병입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

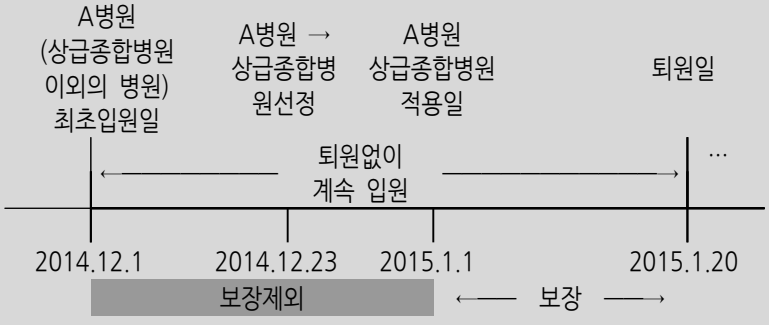
7 피보험자가 6. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하

여 입원한 날까지 1. (보험금의 지급사유)에 따라 간병인사용 질병입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

8 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 6. (“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 경우 상급종합병원 적용일부터 1.(보험금의 지급사유)에 따라 간병인사용 질병입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)을 지급합니다.

보험 지식

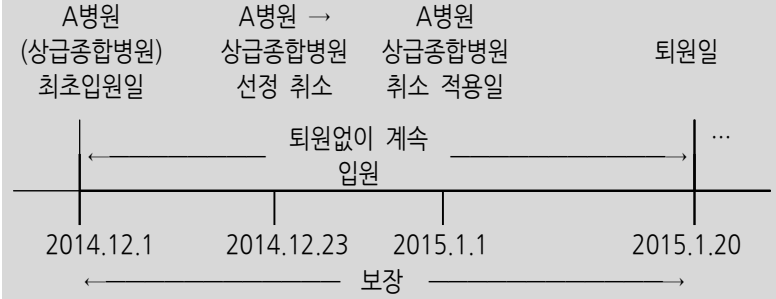
상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우 보장예시



9 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 6. (“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 위 2 및 1. (보험금의 지급사유)에 따라 간병인사용 질병입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)을 보장합니다.

보험 지식

상급종합병원 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우 보장예시



10 1. (보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

11 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
③ 성병
④ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
⑥ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑦ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

⑧ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑨ 정상분만, 치과질환
⑩ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑪ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
⑫ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

2 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원일당(상급종합병원)(1일이상180일한도)은 지급하지 않습니다.

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

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

6. ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

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

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

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

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

7. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 6. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하

"법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 입원개시일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 입원"과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우

② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 6. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

8. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 5. (간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다

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

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

⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가서류를 요청할 수 있습니다.

⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다.

또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

164 | 항암중입자방사선치료비(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 “암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “항암중입자방사선치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 항암중입자방사선치료비로 지급합니다.

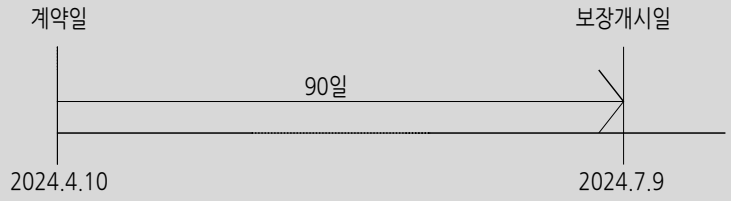
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 단, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제 1회 보험료를 받은 때입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (“암” 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 “암(기타피부암 및 갑상선암 제외)”이라 함은 1에서 정한 “암”에서 3에서 정한 “기타피부암” 및 4에서 정한 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험지식

유의사항

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

보험 지식

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("항암중입자방사선치료", "항암방사선치료", "항암양성자방사선치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암중입자방사선치료"라 함은 2에서 정한 "항암방사선치료" 중, 국내에 허가된 중입자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 피보험자의 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온를 가속하여 암 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말하며, "항암양성자방사선치료"는 포함하지 않습니다. 중이온은 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 작은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "항암양성자방사선치료"라 함은 2에서 정한 "항암방사선치료" 중, 국내에 허가된 양성자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 피보험자의 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 분리하여 얻은 양성자를 가속하여 암 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말합니다.

5. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 진료기록부(검사기록지, 치료기록지 포함), 치료확인서 , 항암방사선치료증명서 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

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

6. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드

립니다.

7. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유) 1에서 정한 항암중입자방사선치료비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

165 | 항암중입자방사선치료비(치료당)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "항암중입자방사선치료"를 받은 경우에는 치료 1회당 이 특별약관의 가입금액을 항암중입자방사선치료비(치료당)로 지급합니다.

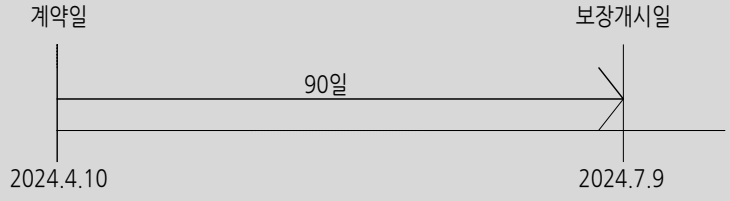
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 단, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 제 1회 보험료를 받은 때입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하

지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 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 1.(보험금의 지급사유)의 항암중입자방사선치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 항암중입자방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

보험 지식

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("항암중입자방사선치료", "항암방사선치료", "항암양성자방사선치료" "의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암중입자방사선치료"라 함은 2에서 정한 "항암방사선치료" 중, 국내에 허가된 중입자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 피보험자의 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온를 가속하여 암 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말하며, "항암양성자방사선치료"는 포함하지 않습니다. 중이온은 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 작은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의

에너지를 전달하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "항암양성자방사선치료"라 함은 2에서 정한 "항암방사선치료" 중, 국내에 허가된 양성자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 피보험자의 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암 또는 갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 분리하여 얻은 양성자를 가속하여 암 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 "항암방사선치료"를 말합니다.

5. (보험금의 청구)

1 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구해야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 진료기록부(검사기록지, 치료기록지 포함), 치료확인서 , 항암방사선치료증명서 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

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

6. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

7. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

166 | 순환계질환(3-5종)주요치료비(상급종합병원)(연간1회한)(10년지급대상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 "순환계질환(3-5종)"으로 진단확정되고, "보험금 지급 대상기간" 이내에 상급종합병원에서 "순환계질환(3-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환 주요치료(수술, 혈전용해치료, 상급종합병원 중환자실치료, 특정급여치료)를 받은 경우 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환 주요치료비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환(3-5종)치료비	진단시점: 보험계약일로부터 1년미만 → 이 특별약관 보험가입금액의 50%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급) 진단시점: 보험계약일로부터 1년이상 → 이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환(3-5종)치료비	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

2 위 1의 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 보험기간 중 "순환계질환(3-5종)"의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

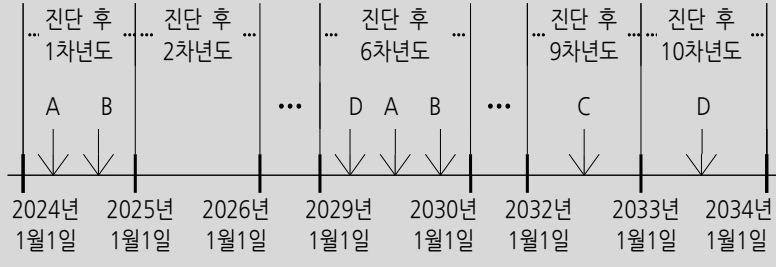
3 위 1의 "연간"이라 함은 보험기간 중 "순환계질환(3-5종)"의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 "순환계질환(3-5종)"의 진단해당일("순환계질환(3-5종)"의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 "순환계질환(3-5종)"의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 "순환계질환(3-5종)"의 진단해당일로 합니다.

예시

순환계질환(3-5종)치료비(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 -1
(보험계약일로부터 1년 미만 "순환계질환(3-5종)"으로 최초 진단 확정된 경우)
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- I21(급성심근경색증) 최초진단 확정일 : 2024년 1월 1일
- I63(뇌경색증) 최초진단 확정일 : 2026년 1월 1일

A : 수술(I21)
B : 상급종합병원 중환자실치료(I21)
C : 혈전용해치료(I63)
D : 혈전용해치료(I21)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
500만원 (50%지급)	-		500만원 (50%지급)		500만원 (50%지급)	500만원 (50%지급)

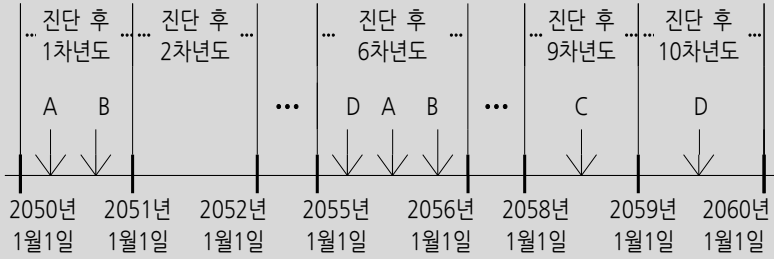
※ 2024년 1월1일 I21(급성심근경색증) 최초 진단 이후 I21(급성심근경색증) 이외의 "순환계질환(3-5종)"을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2024년1월1일로부터 10년입니다.

예시

순환계질환(3-5종)치료비(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 -2
(보험계약일로부터 1년 이상 "순환계질환(3-5종)"으로 최초 진단 확정된 경우)
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- I21(급성심근경색증) 최초진단 확정일 : 2050년 1월 1일
- I63(뇌경색증) 최초진단 확정일 : 2051년 1월 1일

A : 수술(I21)
B : 상급종합병원 중환자실치료(I21)
C : 혈전용해치료(I63)
D : 혈전용해치료(I21)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
1,000만원	-		1,000만원		1,000만원	1,000만원

※ 2050년 1월1일 I21(급성심근경색증) 최초 진단 이후 I21(급성심근경색증) 이외의 "순환계질환(3-5종)"을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년1월1일로부터 10년입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "순환계질환(3-5종)"로 최초 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 "보험금 지급 대상기간"이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3. ("순환계질환(3-5종)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(3-5종)" 이라 함은 「순환계질환 분류표」(【별표6】순환계질환 분류표 참조)에서 정한 3 내지 5종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(3-5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 순환계질환(3종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하며, 순환계질환(4종 및 5종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(3-5종)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(3-5종)"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("순환계질환 주요치료"의 정의)

이 특별약관에서 "순환계질환 주요치료"라 함은 "순환계질환(3-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

① “순환계질환(3-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “수술”을 받은 경우
② “순환계질환(3-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우
③ “순환계질환(3-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원 중환자실치료”를 받은 경우
④ “순환계질환(3-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “특정급여치료”를 받은 경우

4-1. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “순환계질환(3-5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 “순환계질환(3-5종)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

“기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술”이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

4-2. (“혈전용해치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “혈전용해치료”라 함은 의사가 “순환계질환(3-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 위 1에서 “혈전용해제”라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 위 2에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

4-3. (“상급종합병원 중환자실치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “상급종합병원 중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “순환계질환(3-5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」 중에 “순환계질환(3-5종)”으로 5. (“상급종합병원”의 정의)에서 정한 “상급종합병원”의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

2 위 1의 중환자실이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”에서 정한 중환자실을 말합니다.

인용 문구

의료법 시행규칙 별표 4

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실
가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고,
병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 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.

4-4. ("특정급여치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "특정급여치료"라 함은 의사에 의하여 "순환계질환(3-5종)"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 「특정급여치료 대상 수가코드」(【별표85】특정급여치료 대상 수가코드 참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 "특정급여치료"에 대해 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3 위 1의 "특정급여치료"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 "특정급여치료" 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

용어 풀이

급여수가코드

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

5. ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

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

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

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

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

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. (“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 “상급종합병원”제도가 폐지되는 경우

② 법령의 개정에 따라 “상급종합병원”제도의 변경으로 5.(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.))

용어 풀이

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, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또

는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 피보험자가 보험기간 중 1.(보험금의 지급사유) 1의 "순환계질환(3-5종)"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 26.(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1.(보험금의 지급사유) 1의 "순환계질환(3-5종)"으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

10. (특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 35.(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1.(보험금의 지급사유) 1의 "순환계질환(3-5종)"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간" 이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

11. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

2 위 1에도 불구하고 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 "순환계질환(3-5종)"으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

167 | 순환계질환(4-5종)주요치료비(상급종합병원)(연간1회한)(10년지급대상)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 "순환계질환(4-5종)"으로 진단확정되고, "보험금 지급 대상기간" 이내에 상급종합병원에서 "순환계질환(4-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환 주요치료(수술, 혈전용해치료, 상급종합병원 중환자실치료, 특정급여치료)를 받은 경우 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환 주요치료비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	진단시점	지급금액
순환계질환(4-5종)치료비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환(4-5종)치료비	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

2 위 1의 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 보험기간 중 “순환계질환(4-5종)”의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

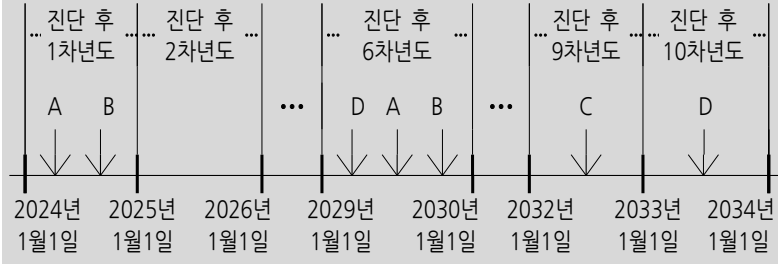
3 위 1의 “연간”이라 함은 보험기간 중 “순환계질환(4-5종)”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “순환계질환(4-5종)”의 진단해당일(“순환계질환(4-5종)”의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 “순환계질환(4-5종)”의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 “순환계질환(4-5종)”의 진단해당일로 합니다.

예시

순환계질환(4-5종)치료비(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 -1
(보험계약일로부터 1년 미만 “순환계질환(4-5종)”으로 최초 진단 확정된 경우)
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- I21(급성심근경색증) 최초진단 확정일 : 2024년 1월 1일
- I63(뇌경색증) 최초진단 확정일 : 2026년 1월 1일

A : 수술(I21)
B : 상급종합병원 중환자실치료(I21)
C : 혈전용해치료(I63)
D : 혈전용해치료(I21)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
500만원 (50%지급)	-		500만원 (50%지급)		500만원 (50%지급)	500만원 (50%지급)

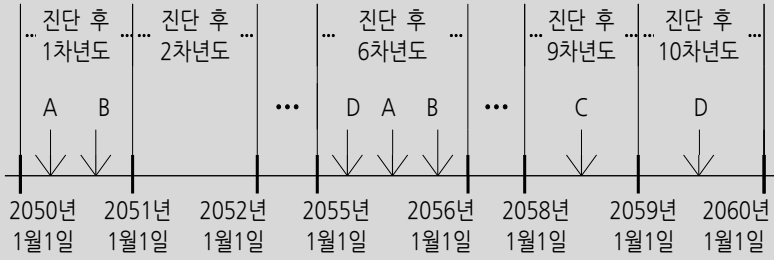
※ 2024년 1월1일 I21(급성심근경색증) 최초 진단 이후 I21(급성심근경색증) 이외의 “순환계질환(4-5종)”을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2024년1월1일로부터 10년입니다.

예시

순환계질환(4-5종)치료비(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 -2
(보험계약일로부터 1년 이상 "순환계질환(4-5종)"으로 최초 진단 확정된 경우)
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- I21(급성심근경색증) 최초진단 확정일 : 2050년 1월 1일
- I63(뇌경색증) 최초진단 확정일 : 2051년 1월 1일

A : 수술(I21)
B : 상급종합병원 중환자실치료(I21)
C : 혈전용해치료(I63)
D : 혈전용해치료(I21)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
1,000만원	-		1,000만원		1,000만원	1,000만원

※ 2050년 1월1일 I21(급성심근경색증) 최초 진단 이후 I21(급성심근경색증) 이외의 "순환계질환(4-5종)"을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년1월1일로부터 10년입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "순환계질환(4-5종)"로 최초 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 "보험금 지급 대상기간"이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3. ("순환계질환(4-5종)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(4-5종)" 이라 함은 「순환계질환 분류표」(【별표6】순환계질환 분류표 참조)에서 정한 4 내지 5종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(4-5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(4-5종)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(4-5종)"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("순환계질환 주요치료"의 정의)

이 특별약관에서 "순환계질환 주요치료"라 함은 "순환계질환(4-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

① "순환계질환(4-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
② "순환계질환(4-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
③ "순환계질환(4-5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "상급종합병원 중환자실치료"를 받은 경우

④ “순환계질환(4-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “특정급여치료”를 받은 경우

4-1. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “순환계질환(4-5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 “순환계질환(4-5종)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

“기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술”이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

4-2. (“혈전용해치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “혈전용해치료”라 함은 의사가 “순환계질환(4-5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 위 1에서 “혈전용해제”라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 위 2에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

4-3. (“상급종합병원 중환자실치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “상급종합병원 중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “순환계질환(4-5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」 중에 “순환계질환(4-5종)”으로 5. (“상급종합병원”의 정의)에서 정한 “상급종합병원”의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

2 위 1의 중환자실이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”에서 정한 중환자실을 말합니다.

인용 문구

의료법 시행규칙 별표 4

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실
가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있

어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고,
병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 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.

4-4. (“특정급여치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “특정급여치료”라 함은 의사에 의하여 “순환계질환(4-5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 「특정급여치료 대상 수가코드」(【별표85】특정급여치료 대상 수가코드 참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “특정급여치료”에 대해 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3 위 1의 “특정급여치료”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “특정급여치료” 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

용어 풀이

급여수가코드

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

5. (“상급종합병원”의 정의)

“상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

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

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

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

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

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. (“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 “상급종합병원”제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 “상급종합병원”제도의 변경으로 5.(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.))

용어 풀이

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, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

8. (특별약관의 소멸)

1 피보험자가 보험기간 중 1.(보험금의 지급사유) 1의 "순환계질환(4-5종)"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간"이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 26.(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1.(보험금의 지급사유) 1의 "순환계질환(4-5종)"으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

10. (특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 35.(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1.(보험금의 지급사유) 1의 "순환계질환(4-5종)"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간" 이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

11. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

2 위 1에도 불구하고 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 "순환계질환(4-5종)"으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

168 | 순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원)(연간1회한)(10년지급대상)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 "순환계질환(5종)"으로 진단확정되고, "보험금 지급 대상기간" 이내에 상급종합병원에서 "순환계질환(5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환 주요치료(수술, 혈전용해치료, 상급종합병원 중환자실치료, 특정급여치료)를 받은 경우 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환 주요치료비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	진단시점	지급금액
순환계질환(5종)치료비	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환(5종)치료비	이 특별약관 보험가입금액의 100%로 보험금 지급대상기간 동안 연간1회한 지급 (최대10회지급)

2 위 1의 "보험금 지급 대상기간"이라 함은 보험기간 중 “순환계질환(5종)”의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.

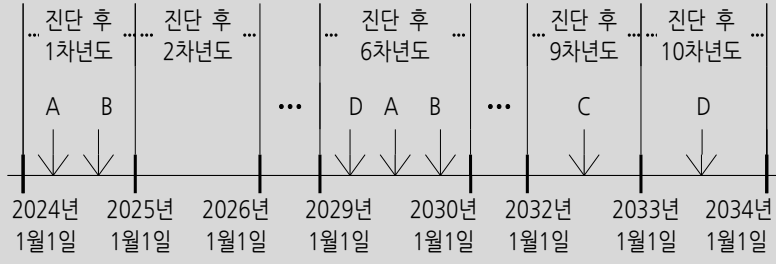
3 위 1의 “연간”이라 함은 보험기간 중 “순환계질환(5종)”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 “순환계질환(5종)”의 진단해당일 (“순환계질환(5종)”의 최초 진단확정일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 “순환계질환(5종)”의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 “순환계질환(5종)”의 진단해당일로 합니다.

예시

순환계질환(5종)치료비(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 -1
(보험계약일로부터 1년 미만 “순환계질환(5종)”으로 최초 진단 확정된 경우)
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- I21(급성심근경색증) 최초진단 확정일 : 2024년 1월 1일
- I63(뇌경색증) 최초진단 확정일 : 2026년 1월 1일

A : 수술(I21)
B : 상급종합병원 중환자실치료(I21)
C : 혈전용해치료(I63)
D : 혈전용해치료(I21)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
500만원 (50%지급)	-	…	500만원 (50%지급)	…	500만원 (50%지급)	500만원 (50%지급)

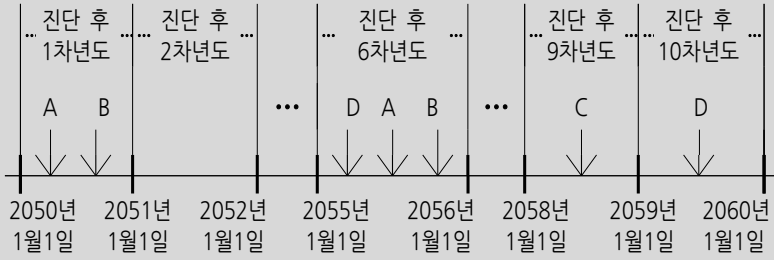
※ 2024년 1월1일 I21(급성심근경색증) 최초 진단 이후 I21(급성심근경색증) 이외의 “순환계질환(5종)”을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2024년1월1일로부터 10년입니다.

예시

순환계질환(5종)치료비(연간1회한)(10년지급대상) 지급예시 -2
(보험계약일로부터 1년 이상 "순환계질환(5종)"으로 최초 진단 확정된 경우)
(보험가입금액 1,000만원기준, 30년만기)

- 특별약관의 계약일 : 2023년 7월 1일
- I21(급성심근경색증) 최초진단 확정일 : 2050년 1월 1일
- I63(뇌경색증) 최초진단 확정일 : 2051년 1월 1일

A : 수술(I21)
B : 상급종합병원 중환자실치료(I21)
C : 혈전용해치료(I63)
D : 혈전용해치료(I21)



진단 후 1차년도	진단 후 2차년도	…	진단 후 6차년도	…	진단 후 9차년도	진단 후 10차년도
1,000만원	-		1,000만원		1,000만원	1,000만원

※ 2050년 1월1일 I21(급성심근경색증) 최초 진단 이후 I21(급성심근경색증) 이외의 "순환계질환(5종)"을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2050년1월1일로부터 10년입니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "순환계질환(5종)"로 최초 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 "보험금 지급 대상기간"이 만료되지 않았을 경우에는 1.(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3. ("순환계질환(5종)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(5종)" 이라 함은 「순환계질환 분류표」(【별표6】 순환계질환 분류표 참조)에서 정한 5종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(5종)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(5종)"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("순환계질환 주요치료"의 정의)

이 특별약관에서 "순환계질환 주요치료"라 함은 "순환계질환(5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

① "순환계질환(5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "수술"을 받은 경우
② "순환계질환(5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우
③ "순환계질환(5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "상급종합병원 중환자실치료"를 받은 경우
④ "순환계질환(5종)"의 직접적인 치료를 목적으로 "특정급여치료"를 받은 경우

4-1. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “순환계질환(5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 “순환계질환(5종)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

“기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술”이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

4-2. (“혈전용해치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “혈전용해치료”라 함은 의사가 “순환계질환(5종)”의 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 위 1에서 “혈전용해제”라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 위 2에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

4-3. (“상급종합병원 중환자실치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “상급종합병원 중환자실치료”라 함은 의사에 의하여 “순환계질환(5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」 중에 “순환계질환(5종)”으로 5. (“상급종합병원”의 정의)에서 정한 “상급종합병원”의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

2 위 1의 중환자실이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”에서 정한 중환자실을 말합니다.

인용 문구

의료법 시행규칙 별표 4

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속

적 수액주입기를 갖추고,
병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 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.

4-4. (“특정급여치료”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “특정급여치료”라 함은 의사에 의하여 “순환계질환(5종)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 「특정급여치료 대상 수가코드」(【별표85】특정급여치료 대상 수가코드 참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 “특정급여치료”에 대해 치료당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3 위 1의 “특정급여치료”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 “특정급여치료” 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.

용어 풀이

급여수가코드

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

5. (“상급종합병원”의 정의)

“상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

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

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

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

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

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. (“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 “상급종합병원”제도가 폐지되는 경우

② 법령의 개정에 따라 “상급종합병원”제도의 변경으로 5.(“상급종합병원”의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등 (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.))

용어 풀이

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, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

8. (특별약관의 소멸)

1 피보험자가 보험기간 중 1.(보험금의 지급사유) 1의 “순환계질환(5종)”으로 최초 진단확정을 받고 “보험금 지급 대상기간”이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 26.(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1.(보험금의 지급사유) 1의 “순환계질환(5종)”으로 최초 진단확정을 받은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

10. (특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 35.(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 1.(보험금의 지급사유) 1의 "순환계질환(5종)"으로 최초 진단확정을 받고 "보험금 지급 대상기간" 이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

11. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

2 위 1에도 불구하고 보험기간 중 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 "순환계질환(5종)"으로 최초 진단 확정된 경우에는 갱신되지 않습니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

169 | 순환계질환(3-5종)주요치료비(세부보장별)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

이 특별약관은 다음의 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

169-1. 순환계질환(3-5종)주요치료비(수술시)(연간1회한)(맞춤간편고지)
169-2. 순환계질환(3-5종)주요치료비(혈전용해치료시)(뇌혈관질환)(연간1회한)(맞춤간편고지)
169-3. 순환계질환(3-5종)주요치료비(혈전용해치료시)(심혈관,기타)(연간1회한)(맞춤간편고지)
169-4. 순환계질환(3-5종)주요치료비(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)(맞춤간편고지)

169-1 순환계질환(3-5종)주요치료비(수술시)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 순환계질환(3-5종)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 연간 1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환(3-5종)주요치료비(수술시)(연간1회한)로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
순환계질환(3-5종)주요치료비(수술시)(연간1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환(3-5종)주요치료비(수술시)(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("순환계질환(3~5종)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(3-5종)" 이라 함은 「순환계질환 분류표」(【별표6】 순환계질환 분류표 참조)에서 정한 3 내지 5종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(3-5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 순환계질환(3종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하며, 순환계질환(4종 및 5종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(3-5종)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(3-5종)"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "순환계질환(3-5종)"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 "순환계질환(3-5종)"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

169-2 순환계질환(3-5종)주요치료비(혈전용해치료시)(뇌혈관질환)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 순환계질환(3-5종) 중 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환(3-5종)주요치료비(혈전용해치료시)(뇌혈관질환)(연간1회한)로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
순환계질환(3-5종) 주요치료비 (혈전용해치료시) (뇌혈관질환) (연간1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환(3-5종)주요치료비(혈전용해치료시)(뇌혈관질환)(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("순환계질환(3-5종) 중 뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(3-5종) 중 뇌혈관질환" 이라 함은 「순환계질환(3-5종) 중 뇌혈관질환 분류표」(【별표6-1】순환계질환(3-5종) 중 뇌혈관질환 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 순환계질환(3-5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 순환계질환(3종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하며, 순환계질환(4종 및 5종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(3-5종) 중 뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(3-5종) 중 뇌혈관질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "순환계질환(3-5종) 중 뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 위 1에서 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 위 2에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

169-3 순환계질환(3-5종)주요치료비(혈전용해치료시)(심혈관,기타)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 순환계질환(3-5종) 중 심혈관 및 기타 질환의 치료를 직접적인 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환(3-5종)주요치료비(혈전용해치료시)(심혈관,기타)(연간1회한)로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
순환계질환(3-5종) 주요치료비 (혈전용해치료시) (심혈관,기타) (연간1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환(3-5종)주요치료비(혈전용해치료시)(심혈관,기타)(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("순환계질환(3-5종) 중 심혈관 및 기타 질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "순환계질환(3-5종) 중 심혈관 및 기타 질환" 이라 함은 「순환계질환(3-5종) 중 심혈관 및 기타 질환 분류표」(【별표6-2】 순환계질환(3-5종) 중 심혈관 및 기타 질환 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 순환계질환(3-5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 순환계질환(3종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하며, 순환계질환(4종 및 5종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "순환계질환(3-5종) 중 심혈관 및 기타 질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 "순환계질환(3-5종) 중 심혈관 및 기타 질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

4. ("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의사가 "순환계질환(3-5종) 중 심혈관 및 기타 질환"의 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 심혈관 및 기타 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법

을 말합니다.

2 위 1에서 “혈전용해제”라 함은 심혈관 및 기타 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 위 2에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

169-4 순환계질환(3-5종)주요치료비(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 순환계질환(3~5종)의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 다음과 같이 순환계질환(3-5종)주요치료비(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
순환계질환(3-5종) 주요치료비 (종합병원) (중환자실입원시) (연간1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
순환계질환(3-5종)주요치료비(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 “연간”이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

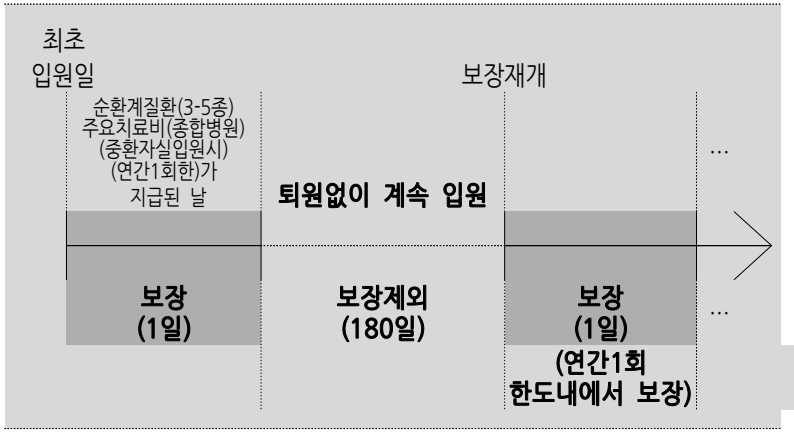
3 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 “입원시작일”이라 합니다)를 기준으로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 순환계질환(3-5종)에 대한 입원이라도 순환계질환(3-5종)주요치료비(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 순환계질환(3-5종)주요치료비(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)이 지급된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 순환계질환(3-5종)주요치료비(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)이 지급된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

2 단, 위 1의 새로운 입원인 경우에도 1.(보험금의 지급사유)에 따라 연간 1회에 한하여 보장합니다.

보험 지식



예시

동일한 순환계질환(3-5종)의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 지급예시1)

• 특별약관의 계약일 : 2025년 6월 23일

날 짜	구 분	보장여부	사 유
2025.10.1 ~ 2025.10.5	중환자실 입원(1차)	지급	
2026.5.1 ~ 2026.5.5	중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2026.7.1 ~ 2026.7.5	중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도 (충족)

동일한 순환계질환(3-5종)의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 지급예시2)

• 특별약관의 계약일 : 2025년 6월 23일

날 짜	구 분	보장여부	사 유
2026.5.1 ~ 2026.5.5	중환자실 입원(1차)	지급	
2026.7.1 ~ 2026.7.5	중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원후 180일 경과(미충족) 연간 1회한 한도 (충족)
2026.12.1 ~ 2026.12.5	중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도 (충족)

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 순환계질환(3-5종)주요치료비(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중

에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (“순환계질환(3~5종)”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “순환계질환(3-5종)” 이라 함은 「순환계질환 분류표」(【별표6】 순환계질환 분류표 참조)에서 정한 3 내지 5종에 해당하는 질병을 말합니다.

2 순환계질환(3-5종)의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 순환계질환(3종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하며, 순환계질환(4종 및 5종)의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 “순환계질환(3-5종)”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 “순환계질환(3-5종)”으로 확정되거나 추정되는 경우

4. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.

자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (“중환자실”의 정의)

위 1.(보험금의 지급사유)의 중환자실이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”에서 정한 중환자실을 말합니다.

인용 문구

의료법 시행규칙 별표 4

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고,
병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 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.

6. (“종합병원”의 정의)

“종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

7. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 6. (“종합병원”의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도의 변경으로 6.(“종합병원”의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보

통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

170 | 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(세부보장별)(유사암제외)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

이 특별약관은 다음의 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

170-1. 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(수술시)(유사암제외)(연간1회한)(맞춤간편고지)
170-2. 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암방사선치료시)(유사암제외)(연간1회한)(맞춤간편고지)
170-3. 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암약물치료시)(유사암제외)(연간1회한)(맞춤간편고지)
170-4. 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(유사암제외)(연간1회한)(맞춤간편고지)

170-1 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(수술시)(유사암제외)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술을 받은 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(수술시)(유사암제외)(연간1회한)로 지급합니다.

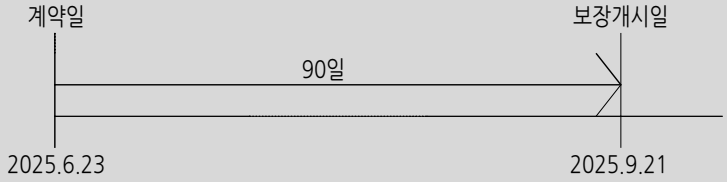
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(수술시)(유사암제외)(연간1회한) 보험금이 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암(유사암제외)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는

증거가 있어야 합니다.

예시

"암(유사암제외)"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암(유사암제외)"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 "암(유사암제외)"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

6. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 5. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 5.("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

7. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)을 말합니다.

8. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

9. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

10. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

11. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

12. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

13. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

170-2 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암방사선치료시)(유사암제외)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 항암방사선 치료를 받은 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암방사선치료시)(유사암제외)(연간1회한)로 지급합니다.

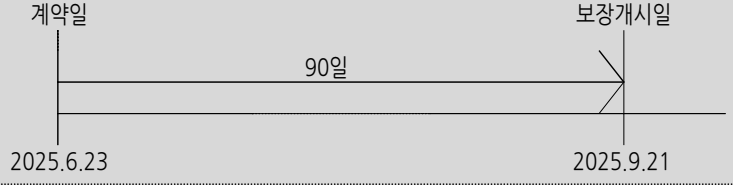
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

6 위 5에 따른 "암(유사암제외)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암(유사암제외)"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

5. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 4. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우

② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 4.("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

6. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)을 말합니다.

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

170-3 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암약물치료시)(유사암제외)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 항암약물치료를 받은 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암약물치료시)(유사암제외)(연간1회한)로 지급합니다.

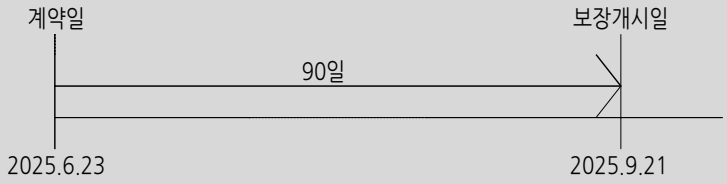
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암(유사암제외)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암(유사암제외)"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

5. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 4. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 4.("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

6. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

170-4 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(유사암제외)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(유사암제외)(연간1회한)로 지급합니다.

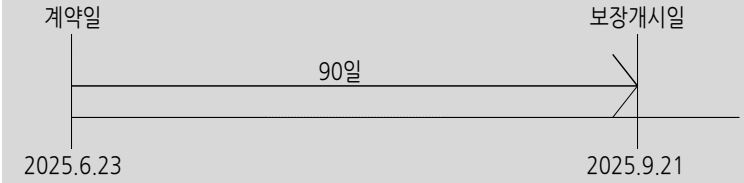
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암(유사암제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

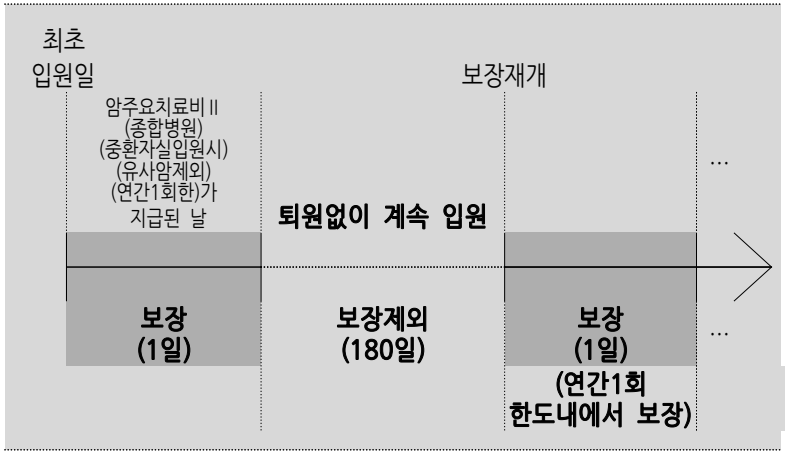
4 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 "입원시작일"이라 합니다)를 기준으로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 암(유사암제외)에 대한 입원이라도 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(유사암제외)(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(유사암제외)(연간1회한)이 지급된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(유사암제외)(연간1회한)이 지급된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

2 단, 위 1의 새로운 입원인 경우에도 1.(보험금의 지급사유)에 따라 연간 1회에 한하여 보장합니다.

보험 지식



예시

동일한 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 지급예시1)

• 특별약관의 계약일 : 2025년 6월 23일

날 짜	구 분	보장여부	사 유
2025.10.1 ~ 2025.10.5	중환자실 입원(1차)	지급	
2026.5.1 ~ 2026.5.5	중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2026.7.1 ~ 2026.7.5	중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도 (충족)

동일한 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 지급예시2)

• 특별약관의 계약일 : 2025년 6월 23일

날 짜	구 분	보장여부	사 유
2026.5.1 ~ 2026.5.5	중환자실 입원(1차)	지급	
2026.7.1 ~ 2026.7.5	중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원후 180일 경과(미충족) 연간 1회한 한도 (충족)
2026.12.1 ~ 2026.12.5	중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도 (충족)

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(유사암제외)(연간1회한)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에

정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (“암” 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 “암(유사암제외)”이라 함은 1에서 정한 “암”에서 3에서 정한 “기타피부암” 및 4에서 정한 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

5 “암(유사암제외)”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암(유사암제외)”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

6 위 5에 따른 “암(유사암제외)”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(유사암제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

“암(유사암제외)”의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (“입원”의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. (“중환자실”의 정의)

위 1.(보험금의 지급사유)의 중환자실이라 함은 “의료법 시행규칙 별표4”에서 정한 중환자실을 말합니다.

인용 문구

의료법 시행규칙 별표 4

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실
가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고,
병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 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.

6. (“종합병원”의 정의)

“종합병원”이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

7. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 6. (“종합병원”의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도의 변경으로 6.(“종합병원”의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

8. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

9. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

10. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

11. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

171 | 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(세부보장별)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

이 특별약관은 다음의 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

171-1. 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(수술시)(연간1회한)(맞춤간편고지)
171-2. 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암방사선치료시)(연간1회한)(맞춤간편고지)
171-3. 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암약물치료시)(연간1회한)(맞춤간편고지)
171-4. 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)(맞춤간편고지)

171-1 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(수술시)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술을 받은 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(수술시)(연간1회한)로 지급합니다.

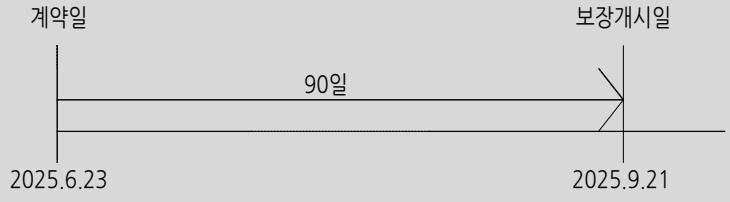
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

4 회사가 위 1에 따라 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(수술시)(연간1회한)를 지급한 경우에는 동일한 보험연도 내에서 이미 지급한 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(수술시)(연간1회한)와 다른 유사암으로 수술한 경우라도 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(수술시)(연간1회한)를 중복지급하지 않습니다.

예시

유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(수술시)(연간1회한) 지급예시

- 특별약관의 계약일 : 2025년 6월 23일

날 짜	구 분	보장여부	사 유
2025.10.1	기타피부암으로 수술시	지급	
2025.11.1	경계성종양으로 수술시	부지급	연간 1회한 한도 (미충족)
2026.7.1	제자리암으로 수술시	지급	연간 1회한 한도 (충족)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"는 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(수술시)(연간 1회한) 보험금이 지급되지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

3 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

4 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

5 위 3 및 4에 따른 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

4. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 "제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

7. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

8. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 7. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우

② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 7.("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

9. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)을 말합니다.

10. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

11. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

12. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

13. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

14. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

15. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

171-2 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암방사선치료시)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 항암방사선 치료를 받은 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암방사선치료시)(연간1회한)로 지급합니다.

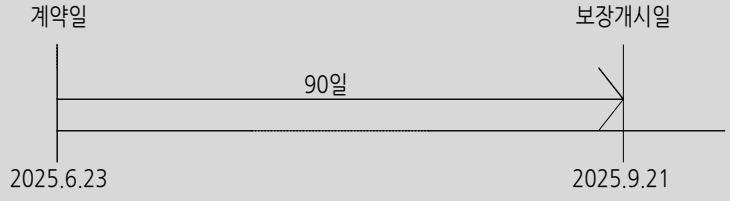
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

4 회사가 위 1에 따라 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암방사선치료시)(연간1회한)를 지급한 경우에는 동일한 보험연도 내에서 이미 지급한 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암방사선치료시)(연간1회한)와 다른 유사암으로 항암방사선치료를 받은 경우라도 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암방사선치료시)(연간1회한)를 중복지급하지 않습니다.

예시

유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암방사선치료시)(연간1회한) 지급예시

• 특별약관의 계약일 : 2025년 6월 23일

날 짜	구 분	보장여부	사 유
2025.10.1	기타피부암으로 항암방사선치료시	지급	
2025.11.1	경계성종양으로 항암방사선치료시	부지급	연간 1회한 한도 (미충족)
2026.7.1	제자리암으로 항암방사선치료시	지급	연간 1회한 한도 (충족)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

3 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

4 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

5 위 3 및 4에 따른 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

4. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리

신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

7. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 6. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에

게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도의 변경으로 6.(“종합병원”의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

8. (“항암방사선치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)을 말합니다.

9. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

10. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

11. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

12. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

13. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

171-3 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암약물치료시)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 항암약물치료를 받은 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암약물치료시)(연간1회한)로 지급합니다.

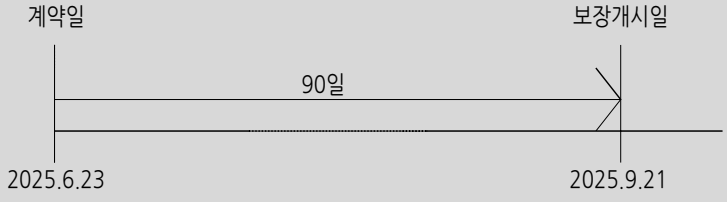
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

4 회사가 위 1에 따라 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암약물치료시)(연간1회한)를 지급한 경우에는 동일한 보험연도 내에서 이미 지급한 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암약물치료시)(연간1회한)와 다른 유사암으로 항암약물치료를 받은 경우라도 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암약물치료시)(연간1회한)를 중복지급하지 않습니다.

예시

유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(항암약물치료시)(연간1회한) 지급예시

- 특별약관의 계약일 : 2025년 6월 23일

날 짜	구 분	보장여부	사 유
2025.10.1	기타피부암으로 항암약물치료시	지급	
2025.11.1	경계성종양으로 항암약물치료시	부지급	연간 1회한 한도 (미충족)
2026.7.1	제자리암으로 항암약물치료시	지급	연간 1회한 한도 (충족)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

3 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

4 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine

needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

5 위 3 및 4에 따른 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

4. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

7. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 6. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우

② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 6.("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

8. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

9. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 기타피부암, 갑상선암, 경계

성종양 또는 제자리암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

10. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

11. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

12. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

13. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

171-4 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)로 지급합니다.

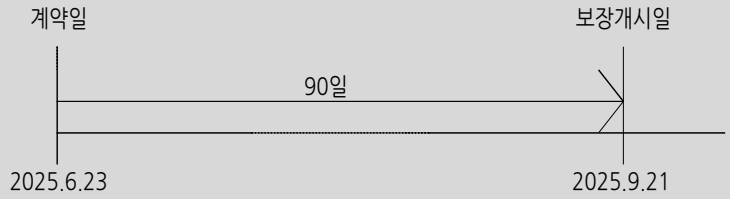
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

4 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 "입원시작

일”이라 합니다)를 기준으로 합니다.

5 회사가 위 1에 따라 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)를 지급한 경우에는 동일한 보험연도 내에서 이미 지급한 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)와 다른 유사암으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우라도 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)를 중복지급하지 않습니다.

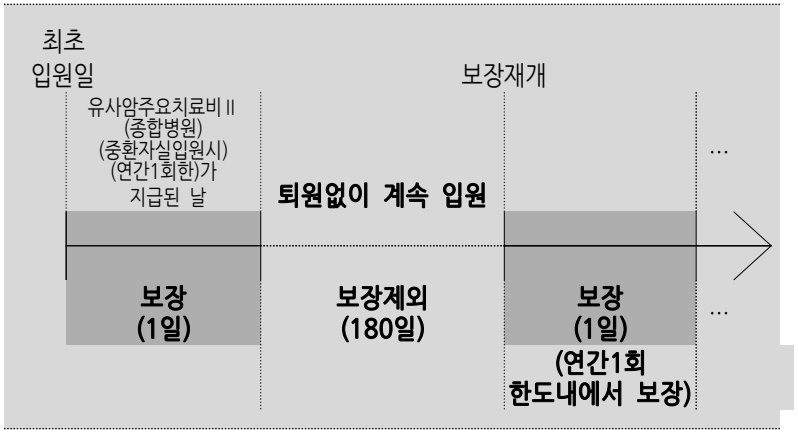
예시

유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한) 지급예시

• 특별약관의 계약일 : 2025년 6월 23일

날 짜	구 분	보장여부	사 유
2025.10.1~ 2025.10.3	기타피부암으로 중환자실입원시	지급	
2025.11.1~ 2025.11.3	경계성종양으로 중환자실입원시	부지급	연간 1회한 한도 (미충족)
2026.7.1~ 2026.7.3	제자리암으로 중환자실입원시	지급	연간 1회한 한도 (충족)

보험지식



2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 입원이라도 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)이 지급된 날로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)이 지급된 날의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

2 단, 위 1의 새로운 입원인 경우에도 1.(보험금의 지급사유)에 따라 연간 1회에 한하여 보장합니다.

예시

동일한 유사암의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 지급예시1)

• 특별약관의 계약일 : 2025년 6월 23일

날 짜	구 분	보장여부	사 유
2025.10.1 ~ 2025.10.5	중환자실 입원(1차)	지급	
2026.5.1 ~ 2026.5.5	중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2026.7.1 ~ 2026.7.5	중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도 (충족)

동일한 유사암의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 지급예시2)

• 특별약관의 계약일 : 2025년 6월 23일

날 짜	구 분	보장여부	사 유
2026.5.1 ~ 2026.5.5	중환자실 입원(1차)	지급	
2026.7.1 ~ 2026.7.5	중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원후 180일 경과(미충족) 연간 1회한 한도 (충족)
2026.12.1 ~ 2026.12.5	중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원후 180일 경과(충족) 연간 1회한 한도 (충족)

3 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 유사암주요치료비Ⅱ(종합병원)(중환자실입원시)(연간1회한)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

3 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

4 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

5 위 3 및 4에 따른 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

4. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원

또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

7. ("중환자실"의 정의)

위 1.(보험금의 지급사유)의 중환자실이라 함은 "의료법 시행규칙 별표4"에서 정한 중환자실을 말합니다.

인용문구

의료법 시행규칙 별표 4

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고,
병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 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.

8. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

9. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 8. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관

적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도가 폐지되는 경우

② 법령의 개정에 따라 “종합병원”제도의 변경으로 8.(“종합병원”의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

10. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

11. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양 또는 제자리암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

12. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

13. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

14. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

172 | 유사암 항암방사선약물치료비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정되고 그 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받았을 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 항암방사선 또는 항암약물치료 중 최초로 발생한 치료에 대해서 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

<table>
<tr><th>구분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>제자리암
항암방사선약물치료비
경계성종양
항암방사선약물치료비
기타피부암
항암방사선약물치료비
갑상선암
항암방사선약물치료비
(각각 1회한)</td><td><table><tr><th>경과기간</th><th>지급금액</th></tr><tr><td>보험계약일로부터
1년미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액의
50%</td></tr><tr><td>보험계약일로부터
1년이상</td><td>이 특별약관 보험가입금액의
100%</td></tr></table></td></tr>
</table>

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
제자리암 항암방사선약물치료비 경계성종양 항암방사선약물치료비 기타피부암 항암방사선약물치료비 갑상선암 항암방사선약물치료비 (각각 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

3 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

4 "갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine

needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

5 위 3 및 4에 따른 "기타피부암" 및 "갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

기타피부암 및 갑상선암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

4. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

제자리암의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

경계성종양의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. (“항암방사선치료” 및 ”항암약물치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1.(보험금의 지급사유) 에서 정한 제자리암, 경계성종양, 기타피부암, 갑상선암으로 각각 진단받고 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받아 유사암 항암방사선약물치료비를 각 1회씩 총 4회 지급한 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.

3 위 1 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

173 | 통합암항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보장의 범위)

이 특별약관은 다음의 10개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(두경부암)(맞춤간편고지)
2. 통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(위,식도암)(맞춤간편고지)
3. 통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(소장,대장,항문및기타암)(맞춤간편고지)
4. 통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(간,담낭,담도및췌장암)(맞춤간편고지)
5. 통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(흉곽내기관,중피성및연조직암)(맞춤간편고지)
6. 통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(골,피부등전신부위암)(맞춤간편고지)
7. 통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(유방,비뇨기관,부신및내분비선암)(맞춤간편고지)
8. (남성의 경우) 통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(남성생식기암)(맞춤간편고지)
   (여성의 경우) 통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(여성생식기암)(맞춤간편고지)
9. 통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(뇌,중추신경계통암)(맞춤간편고지)
10. 통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(혈액암)(맞춤간편고지)

2. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 1.(보장의 범위)의 세부보장에 해당하는 질환으로 진단확정되고 그 질환의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받았을 경우에는 세부보장별 각각 항암방사선 또는 항암약물치료 중 최초로 발생한 치료에 대해서 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 통합암 항암방사선약물치료비(유사암제외)로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

세부보장 구분	보험계약일로부터 1년미만 지급금액
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(두경부암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(위,식도암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(소장,대장,항문및기타암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(간,담낭,담도및췌장암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(흉곽내기관,중피성및연조직암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(골,피부등전신부위암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(유방,비뇨기관,부신및내분비선암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
(남성의 경우) 통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(남성생식기암) (여성의 경우) 통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(여성생식기암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(뇌,중추신경계통암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(혈액암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%

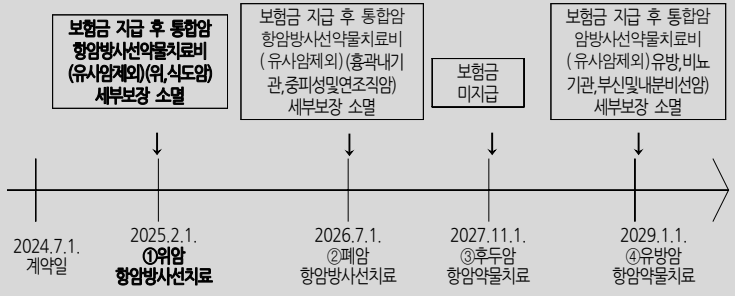
세부보장 구분	보험계약일로부터 1년이상 지급금액
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(두경부암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(위,식도암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외) (소장,대장,항문및기타암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(간,담낭,담도및췌장암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외) (흉곽내기관,중피성및연조직암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(골,피부등전신부위암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외) (유방,비뇨기관,부신및내분비선암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
(남성의 경우) 통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(남성생식기암) (여성의 경우) 통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(여성생식기암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(뇌,중추신경계통암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(혈액암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

세부보장 구분	지급금액
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(두경부암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(위,식도암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외) (소장,대장,항문및기타암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(간,담낭,담도및췌장암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외) (흉곽내기관,중피성및연조직암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(골,피부등전신부위암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외) (유방,비뇨기관,부신및내분비선암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
(남성의 경우) 통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(남성생식기암) (여성의 경우) 통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(여성생식기암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(뇌,중추신경계통암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유사암제외)(혈액암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

예시

보험금 지급 예시



① 2025.2.1. 진단확정된 위암(C16)으로 항암방사선치료를 받은 경우, **통합암 항암방사선약물치료비(유사암제외)(위,식도암) 세부보장 보험가입금액의 50%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장 **소멸**

② 2026.7.1. 진단확정된 폐암(C34)으로 항암방사선치료를 받은 경우, **통합암 항암방사선약물치료비(유사암제외)(흉곽내기관,중피성및연조직암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장 **소멸**

③ 2027.11.1. 진단확정된 후두암(C32)으로 항암약물치료를 받은 경우, 이미 통합암 항암방사선약물치료비(유사암제외)(흉곽내기관,중피성및연조직암) 세부보장이 소멸되었으므로 **보험금 미지급**

④ 2029.1.1. 진단확정된 유방암(C50)으로 항암약물치료를 받은 경우, **통합암 항암방사선약물치료비(유사암제외)(유방,비뇨기관,부신및내분비선암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장 **소멸**

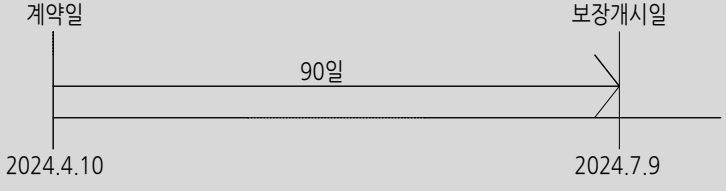
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

통합암(유사암제외) 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

4. ("통합암(유사암제외)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "통합암(유사암제외)"이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)에서 정한 「두경부암」, 「위,식도암」, 「소장,대장,항문및기타암」, 「간,담낭,담도및췌장암」, 「흉곽내기관,중피성및연조직암」, 「골,피부등전신부위암」, 「유방,비뇨기관,부신및내분비선암」, 남성의 경우 「남성생식기암」, 여성의 경우 「여성생식기암」, 「뇌,중추신경계통암」 및 「혈액암」 10개의 세부보장을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 위 1의 「두경부암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 1〉 "두경부암" 에서 정한 질병을 말합니다.

3 위 1의 「위,식도암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 2〉 "위·식도암" 에서 정한 질병을 말합니다.

4 위 1의 「소장,대장,항문및기타암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 3〉 "소장·대장·항문 및 기타암" 에서 정한 질병을 말합니다.

5 위 1의 「간,담낭,담도및췌장암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 4〉 "간·담낭·담도 및 췌장암" 에서 정한 질병을 말합니다.

6 위 1의 「흉곽내기관,중피성및연조직암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 5〉 "흉곽내기관·중피성 및 연조직암" 에서 정한 질병을 말합니다.

7 위 1의 「골,피부등전신부위암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 6〉 "골·피부 등 전신부위암" 에서 정한 질병을 말합니다.

8 위 1의 「유방,비뇨기관,부신및내분비선암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 7〉 "유방·비뇨기관·부신 및 내분비선암" 에서 정한 질병을 말합니다.

9 위 1의 「남성생식기암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 8〉 "(남성의 경우) 남성생식기암" 에서 정한 질병을 말합니다.

10 위 1의 「여성생식기암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 8〉 "(여성의 경우) 여성생식기암" 에서 정한 질병을 말합니다.

11 위 1의 「뇌,중추신경계통암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 9〉 "뇌 및 중추신경계통암" 에서 정한 질병을 말합니다.

12 위 1의 「혈액암」이라 함은 「통합암(유사암제외) 분류표」(【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표 참조)의 〈세부보장 - 10〉 "혈액암" 에서 정한 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

13 "통합암(유사암제외)"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "통합암(유사암제외)"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

14 위 13에 따른 "통합암(유사암제외)"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "통합암(유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

통합암(유사암제외)의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 통합암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 통합암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

6. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 "통합암(유사암제외)"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

7. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 회사가 2.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 각각의 세부보장에 해당하는 보험금을 지급한 경우에 각각 세부보장에 대한 회사의 보장책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 세부보장에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에 따라 세부보장에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 2에 따라 이 특별약관의 보장책임이 소멸되는 경우에 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4 위 2 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

174 | 통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(맞춤간편고지) (비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보장의 범위)

이 특별약관은 다음의 7개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(소화기관 전이암)(맞춤간편고지)
2. 통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(간,담낭,담도및췌장 전이암)(맞춤간편고지)
3. 통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(흉곽내기관,중피성및연조직 전이암)(맞춤간편고지)
4. 통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(골,피부등전신부위 전이암)(맞춤간편고지)
5. 통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(유방,비뇨기관,부신및내분비선 전이암)(맞춤간편고지)
6. (남성의 경우) 통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(남성생식기 전이암)(맞춤간편고지)
   (여성의 경우) 통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(여성생식기 전이암)(맞춤간편고지)
7. 통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(뇌,중추신경계통 전이암)(맞춤간편고지)

2. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 1.(보장의 범위)의 세부보장에 해당하는 질환으로 진단확정되고 그 질환의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받았을 경우에는 세부보장별 각각 항암방사선 또는 항암약물치료 중 최초로 발생한 치료에 대해서 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 통합전이암 항암방사선약물치료비로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

세부보장 구분	보험계약일로부터 1년미만 지급금액
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(소화기관 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ (간,담낭,담도및췌장 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ (흉곽내기관,중피성및연조직 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ (골,피부등전신부위 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ (유방,비뇨기관,부신및내분비선 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
(남성의 경우) 통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(남성생식기 전이암) (여성의 경우) 통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(여성생식기 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ (뇌,중추신경계통 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%

세부보장 구분	보험계약일로부터 1년이상 지급금액
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(소화기관 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ (간,담낭,담도및췌장 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ (흉곽내기관,중피성및연조직 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ (골,피부등전신부위 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ (유방,비뇨기관,부신및내분비선 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
(남성의 경우) 통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(남성생식기 전이암) (여성의 경우) 통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(여성생식기 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ (뇌,중추신경계통 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

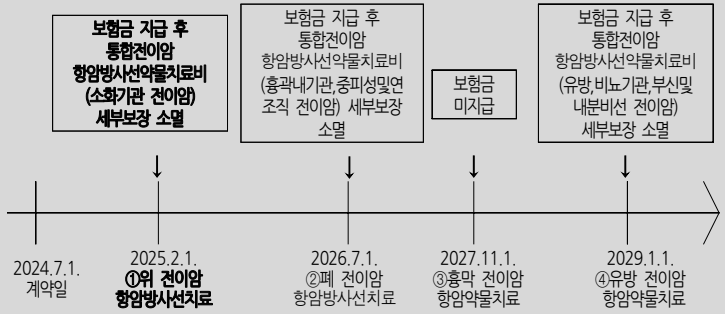
② 갱신형(갱신계약)의 경우

세부보장 구분	지급금액
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(소화기관 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ (간,담낭,담도및췌장 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ (흉곽내기관,중피성및연조직 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ (골,피부등전신부위 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ (유방,비뇨기관,부신및내분비선 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
(남성의 경우) 통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(남성생식기 전이암) (여성의 경우) 통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ(여성생식기 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합전이암 항암방사선약물치료비Ⅱ (뇌,중추신경계통 전이암)	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

예시

보험금 지급 예시

예시1)



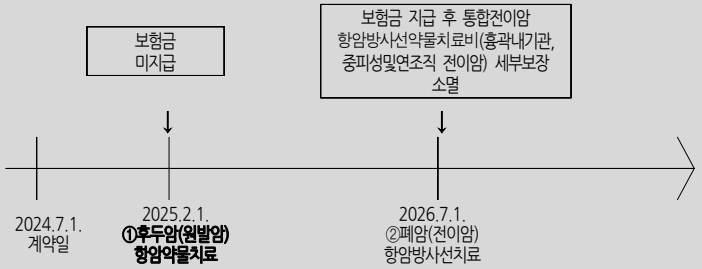
① 2025.2.1. 진단확정된 위 전이암(C78.80)으로 항암방사선치료를 받은 경우, **통합전이암 항암방사선약물치료비(소화기관 전이암) 세부보장 보험가입금액의 50%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장 **소멸**

② 2026.7.1. 진단확정된 폐 전이암(C78.0)으로 항암방사선치료를 받은 경우, **통합전이암 항암방사선약물치료비(흉곽내기관,중피성및연조직 전이암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장 **소멸**

③ 2027.11.1. 진단확정된 흉막 전이암(C78.2)으로 항암약물치료를 받은 경우, 이미 통합전이암 항암방사선약물치료비(흉곽내기관,중피성및연조직 전이암) 세부보장이 소멸되었으므로 **보험금 미지급**

④ 2029.1.1. 진단확정된 유방 전이암(C79.80)으로 항암약물치료를 받은 경우의 경우, **통합전이암 항암방사선약물치료비(유방,비뇨기관,부신및내분비선 전이암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장 **소멸**

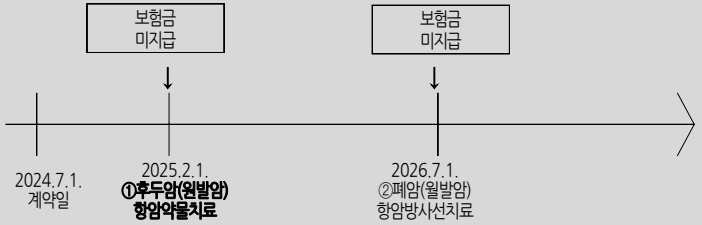
예시2)



① 2025.2.1. 진단확정된 후두암(C32)(원발암)으로 항암약물치료를 받은 경우, 보장제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 **보험금 미지급**

② 2026.7.1. 진단확정된 폐암(C78.0)(전이암)으로 항암방사선치료를 받은 경우, **통합전이암 항암방사선약물치료비(흉곽내기관,중피성및연조직 전이암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장 **소멸**

예시3)



① 2025.2.1. 진단확정된 후두암(C32)(원발암)으로 항암약물치료를 받은 경우, 보장제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 **보험금 미지급**

② 2026.7.1. 진단확정된 폐암(C34)(원발암)으로 항암방사선치료를 받은 경우, 보장제외 질병으로 보험금 지급사유에 해당되지 않아 **보험금 미지급**

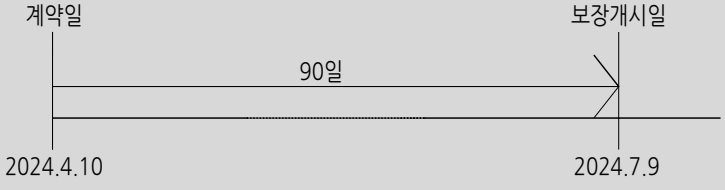
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

통합전이암 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

4. ("통합전이암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "통합전이암"이라 함은 2 내지 9에서 정한 「소화기관 전이암」, 「간,담낭,담도및췌장 전이암」, 「흉곽내기관,중피성및연조직 전이암」, 「골,피부등전신부위 전이암」, 「유방,비뇨기관,부신및내분비선 전이암」, 남성의 경우 「남성생식기암 전이암」, 여성의 경우 「여성생식기 전이암」 및 「뇌,중추신경계통 전이암」, 7개의 세부보장을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 「소화기관 전이암」이라 함은 「통합전이암 분류표」(【별표16】 통합전이암 분류표 참조)의 〈세부보장 - 1〉 "위암 및 식도암의 전이암"과 〈세부보장 - 2〉 "소장·대장·항문암 및 기타암의 전이암" 에서 정한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 「간,담낭,담도및췌장 전이암」이라 함은 「통합전이암 분류표」(【별표16】 통합전이암 분류표 참조)의 〈세부보장 - 3〉 "간·담낭·담도암 및 췌장암의 전이암" 에서 정한 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 「흉곽내기관,중피성및연조직 전이암」이라 함은 「통합전이암 분류표」(【별표16】 통합전이암 분류표 참조)의 〈세부보장 - 4〉 "흉곽내기관·중피성암 및 연조직암의 전이암" 에서 정한 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에서 「골,피부등전신부위 전이암」이라 함은 「통합전이암 분류표」(【별표16】 통합전이암 분류표 참조)의 〈세부보장 - 5〉 "골·피부 등 전신부위암의 전이암" 에서 정한 질병을 말합니다.

6 이 특별약관에서 「유방,비뇨기관,부신및내분비선 전이암」이라 함은 「통합전이암 분류표」(【별표16】 통합전이암 분류표 참조)의 〈세부보장 - 6〉 "유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암의 전이암" 에서 정한 질병을 말합니다.

7 이 특별약관에서 「남성생식기 전이암」이라 함은 「통합전이암 분류표」(【별표16】 통합전이암 분류표 참조)의 〈세부보장 - 7〉 "(남성의 경우) 남성생식기암의 전이암" 에서 정한 질병을 말합니다.

8 이 특별약관에서 「여성생식기 전이암」이라 함은 「통합전이암 분류표」(【별표16】 통합전이암 분류표 참조)의 〈세부보장 - 7〉 "(여성의 경우) 여성생식기암의 전이암" 에서 정한 질병을 말합니다.

9 이 특별약관에서 「뇌,중추신경계통 전이암」이라 함은 「통합전이암 분류표」(【별표16】 통합전이암 분류표 참조)의 〈세부보장 - 8〉 "뇌암 및 중추신경계통암의 전이암" 에서 정한 질병을 말합니다.

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

11 위 10에 따른 "통합전이암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "통합전이암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

통합전이암의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. (“항암방사선치료” 및 ”항암약물치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “통합전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)을 말합니다.

2 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 “통합전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

6. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 “통합전이암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

7. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

8. (특별약관의 소멸)

1 회사가 2.(보험금의 지급사유) 1에서 정한 각각의 세부보장에 해당하는 보험금을 지급한 경우에 각각 세부보장에 대한 회사의 보장책임은 소멸하며, 회사는 소멸되는 세부보장에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.

2 위 1에 따라 세부보장에 대한 회사의 보장책임이 모두 소멸된 경우에는 최종 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

3 위 2에 따라 이 특별약관의 보장책임이 소멸되는 경우에 회사는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

4 위 2 이외의 원인으로 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

175 | 보장강화형암주요치료비(유사암포함)(종합병원)(연간2천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 "암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분 (암주요치료)		지급 횟수	지급금액
①암수술	암(유사암제외)수술비(수술당)	수술당	1,500만원
②항암방사선치료	암(유사암제외) 항암방사선치료비(치료당)	치료당	100만원
③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외)	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료제외) (주사제)(입원당)	입원당	100만원
	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료제외) (주사제)(통원당)	통원당	100만원
	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료제외) (주사제외)(연간1회한)	연간1회한	500만원
④특정항암호르몬약물허가치료	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제) (입원당)(연간3회한)	연간3회한	100만원
	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제) (통원당)(연간3회한)	연간3회한	100만원
	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제외) (연간1회한)	연간1회한	300만원

2 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 "유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분 (유사암주요치료)		지급 횟수	지급금액
⑤유사암수술	기타피부암수술비(수술당) 갑상선암수술비(수술당) 경계성종양수술비(수술당) 제자리암수술비(수술당)	각 수술당	300만원
⑥유사암항암방사선치료	기타피부암 항암방사선치료비(치료당) 갑상선암 항암방사선치료비(치료당) 경계성종양 항암방사선치료비(치료당) 제자리암 항암방사선치료비(치료당)	각 치료당	20만원

구 분 (유사암주요치료)			지급 횟수	지급금액
⑦ 유사암항암약물치료	유사암 항암약물치료비 (입원당)	갑상선암 항암약물치료비(주사제)(입원당) 기타피부암 항암약물치료비(주사제)(입원당) 경계성종양 항암약물치료비(주사제)(입원당) 제자리암 항암약물치료비(주사제)(입원당)	각 입원당	20만원
	유사암 항암약물치료비 (통원당)	갑상선암 항암약물치료비(주사제)(통원당) 기타피부암 항암약물치료비(주사제)(통원당) 경계성종양 항암약물치료비(주사제)(통원당) 제자리암 항암약물치료비(주사제)(통원당)	각 통원당	20만원
	유사암 항암약물치료비 (주사제외)	갑상선암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한) 기타피부암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한) 경계성종양 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한) 제자리암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한)	각 연간 1회한	100만원

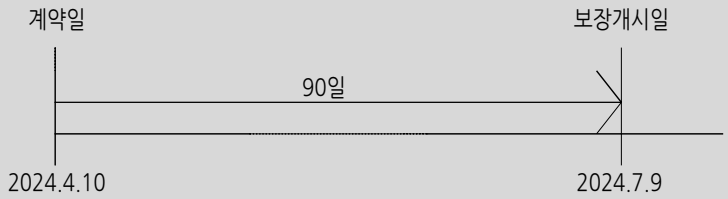
3 위 1 및 2에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

보장강화형암주요치료비(유사암포함)(종합병원)(연간2천만원한도) 보장개시일

비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



4 1 및 2에서 정한 "암(유사암제외)"으로 "암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 "유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우의 전체 연간 총 지급액은 2천만원을 한도로 하며, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

5 위 1 및 2의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 "암(유사암제외)"으로 "암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 "유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우에 치료 항목 구분별로 각각 지급횟수에 한하여 지급 합니다. 다만, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3 1. (보험금의 지급사유)의 ②항암방사선치료 및 ⑥유사암항암방사선치료는 암의 병

소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.

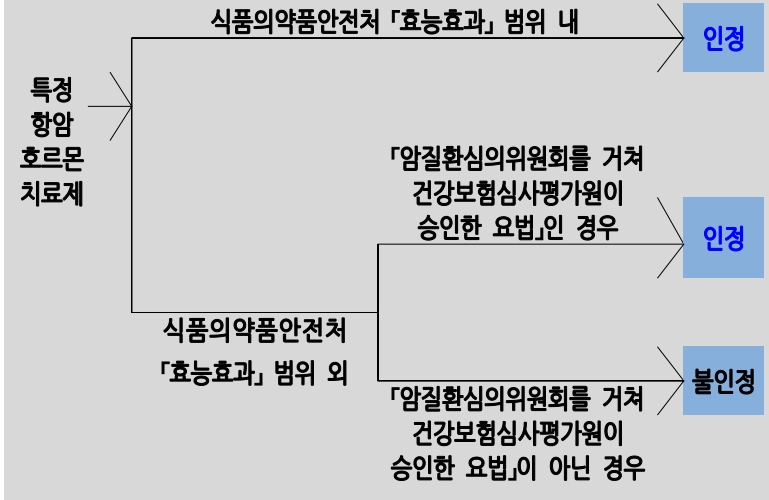
4 1. (보험금의 지급사유)의 "암(유사암제외) 항암약물치료비(특정항암호르몬약물허가치료제외)(주사제)(입원당)", "암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제)(입원당)(연간3회한)" 및 "유사암 항암약물치료비(입원당)"은 피보험자가 퇴원 없이 계속입원한 경우 입원일수 및 주사제 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

5 1. (보험금의 지급사유) 1의 ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외)는 8. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 9. ("특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)의 "특정항암호르몬약물허가치료"를 제외한 치료를 보장합니다.

6 1. (보험금의 지급사유) 1의 ④특정항암호르몬약물허가치료는 "특정항암호르몬치료제"를 식품의약품안전처에서 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 한합니다)"으로 사용된 경우에는 보장합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위



용어 풀이

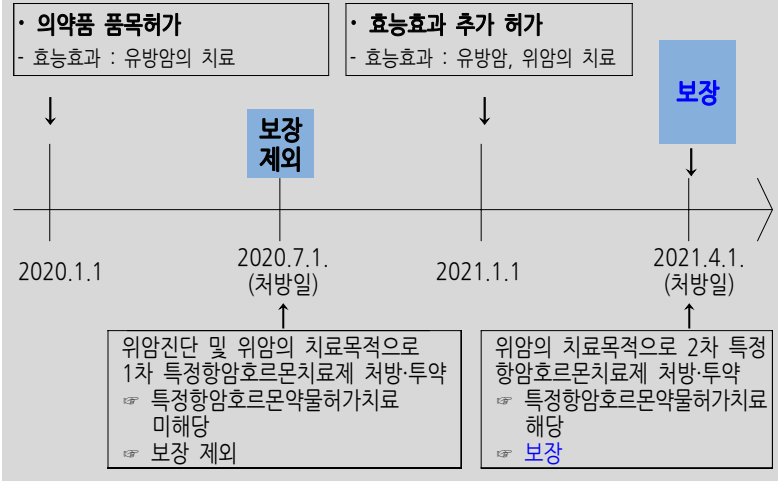
암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

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.

7 1. (보험금의 지급사유) 1의 ④특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우라 함은 "특정항암호르몬치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 9. (특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 3에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

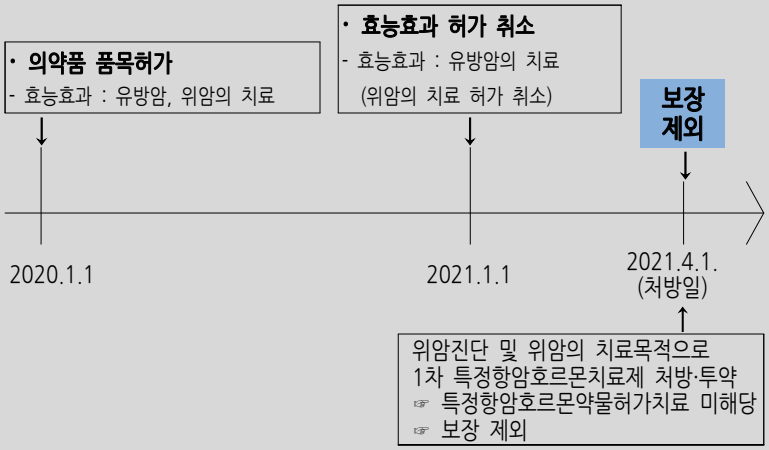
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



3. (“암” 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 “암(유사암제외)”이라 함은 1에서 정한 “암”에서 3에서 정한 “기타피부암” 및 4에서 정한 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

유의사항

보험 지식

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

말합니다.

5 “암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)(단, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

6 위 5에 따른 “암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “경계성종양”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

경계성종양의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “제자리암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “제자리암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

제자리암의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 “암(유사암제외)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 “수술”에 “항암방사선치료” 와 “항암약물치료”는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

7. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)을 말합니다.

8. ("항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료(주사제)"라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부 경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 사용한 "항암약물치료"를 말합니다.

3 이 특별약관에서 "항암약물치료(주사제외)"라 함은 2에서 정한 "항암약물치료(주사제)" 외의 "항암약물치료"를 말합니다.

9. ("특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "특정항암호르몬치료제"란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표36】(특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정항암호르몬약물허가치료"라 함은 8. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료 과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 치료를 목적으로 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

"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, 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

10. ("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

11. ("통원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

12. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

13. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 12. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "종합병원 치료"와 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 12. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관

내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

14. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

15. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

16. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

17. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

18. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

176 | 보장강화형암주요치료비(유사암포함)(종합병원)(연간3천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 "암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분 (암주요치료)		지급 횟수	지급금액
①암수술	암(유사암제외)수술비(수술당)	수술당	1,500만원
②항암방사선치료	암(유사암제외) 항암방사선치료비(치료당)	치료당	100만원

구 분 (암주요치료)		지급 횟수	지급금액
③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외)	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료제외) (주사제)(입원당)	입원당	100만원
	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료제외) (주사제)(통원당)	통원당	100만원
	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료제외) (주사제외)(연간1회한)	연간1회한	500만원
④특정항암호르몬약물허가치료	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제) (입원당)(연간3회한)	연간3회한	100만원
	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제) (통원당)(연간3회한)	연간3회한	100만원
	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제외) (연간1회한)	연간1회한	300만원

2 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 "유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분 (유사암주요치료)		지급 횟수	지급금액
⑤유사암수술	기타피부암수술비(수술당) 갑상선암수술비(수술당) 경계성종양수술비(수술당) 제자리암수술비(수술당)	각 수술당	300만원
⑥유사암항암방사선치료	기타피부암 항암방사선치료비(치료당) 갑상선암 항암방사선치료비(치료당) 경계성종양 항암방사선치료비(치료당) 제자리암 항암방사선치료비(치료당)	각 치료당	20만원
⑦유사암항암약물치료 유사암 항암약물치료비 (입원당)	갑상선암 항암약물치료비(주사제)(입원당) 기타피부암 항암약물치료비(주사제)(입원당) 경계성종양 항암약물치료비(주사제)(입원당) 제자리암 항암약물치료비(주사제)(입원당)	각 입원당	20만원
유사암 항암약물치료비 (통원당)	갑상선암 항암약물치료비(주사제)(통원당) 기타피부암 항암약물치료비(주사제)(통원당) 경계성종양 항암약물치료비(주사제)(통원당) 제자리암 항암약물치료비(주사제)(통원당)	각 통원당	20만원
유사암 항암약물치료비 (주사제외)	갑상선암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한) 기타피부암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한) 경계성종양 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한) 제자리암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한)	각 연간 1회한	100만원

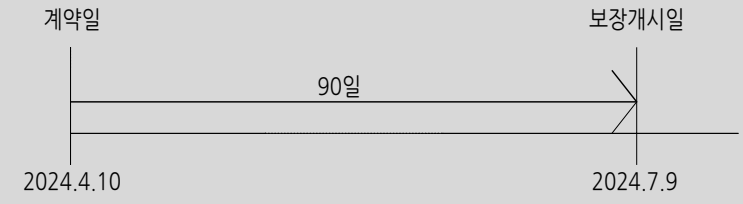
3 위 1 및 2에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

보장강화형암주요치료비(유사암포함)(종합병원)(연간3천만원한도) 보장개시일

비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



4 1 및 2에서 정한 "암(유사암제외)"으로 "암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 "유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우의 전체 연간 총 지급액은 3천만원을 한도로 하며, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

5 위 1 및 2의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 "암(유사암제외)"으로 "암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 "유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우에 치료 항목 구분별로 각각 지급횟수에 한하여 지급 합니다. 다만, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3 1. (보험금의 지급사유)의 ②항암방사선치료 및 ⑥유사암항암방사선치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.

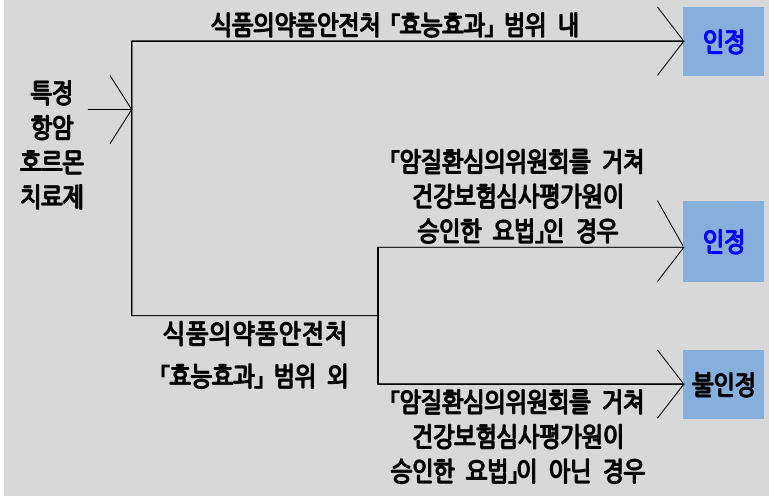
4 1. (보험금의 지급사유)의 "암(유사암제외) 항암약물치료비(특정항암호르몬약물허가치료제외)(주사제)(입원당)", "암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제)(입원당)(연간3회한)" 및 "유사암 항암약물치료비(입원당)"은 피보험자가 퇴원 없이 계속입원한 경우 입원일수 및 주사제 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

5 1. (보험금의 지급사유) 1의 ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외)는 8. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 9. ("특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)의 "특정항암호르몬약물허가치료"를 제외한 치료를 보장합니다.

6 1. (보험금의 지급사유) 1의 ④특정항암호르몬약물허가치료는 "특정항암호르몬치료제"를 식품의약품안전처에서 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 한합니다)"으로 사용된 경우에는 보장합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위



용어 풀이

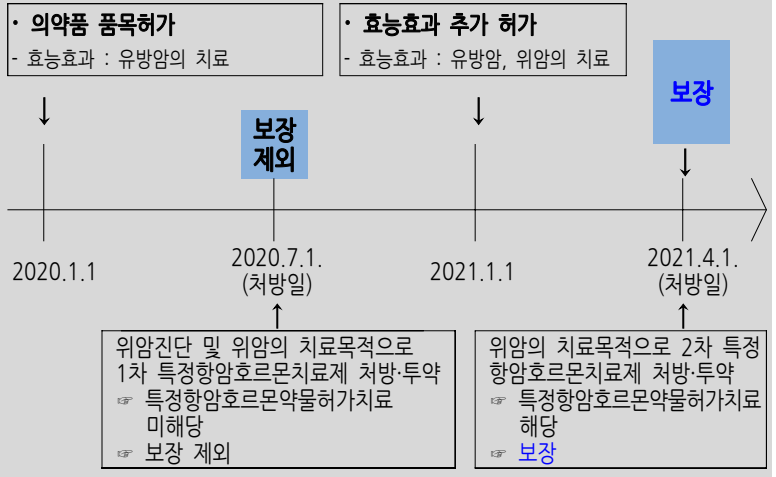
암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

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.

7 1. (보험금의 지급사유) 1의 ④특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우라 함은 "특정항암호르몬치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 9. (특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 3에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

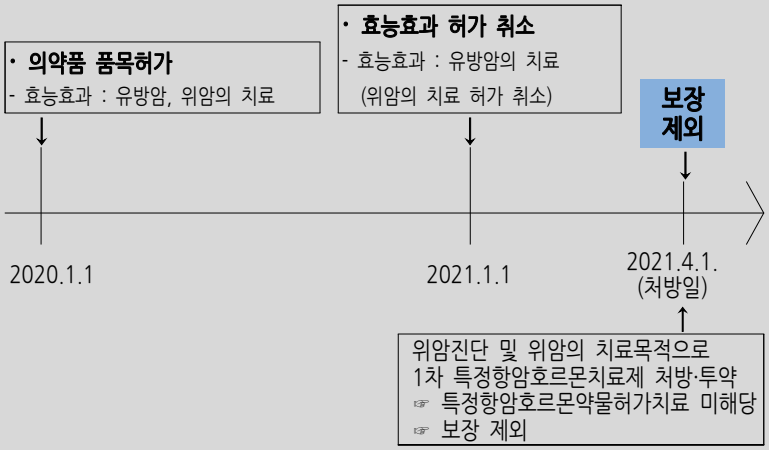
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



3. (“암” 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 “암(유사암제외)”이라 함은 1에서 정한 “암”에서 3에서 정한 “기타피부암” 및 4에서 정한 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

유의사항

보험 지식

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

말합니다.

5 “암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)(단, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

6 위 5에 따른 “암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “경계성종양”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

경계성종양의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “제자리암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “제자리암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

제자리암의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 “암(유사암제외)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 “수술”에 “항암방사선치료” 와 “항암약물치료”는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

7. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)을 말합니다.

8. ("항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료(주사제)"라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부 경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 사용한 "항암약물치료"를 말합니다.

3 이 특별약관에서 "항암약물치료(주사제외)"라 함은 2에서 정한 "항암약물치료(주사제)" 외의 "항암약물치료"를 말합니다.

9. ("특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "특정항암호르몬치료제"란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표36】(특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정항암호르몬약물허가치료"라 함은 8. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료 과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 치료를 목적으로 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

"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, 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

10. ("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

11. ("통원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

12. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

13. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 12. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "종합병원 치료"와 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 12. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관

내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

14. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

15. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

16. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

17. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

18. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

177 | 보장강화형암주요치료비(유사암포함)(종합병원)(연간4천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 "암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분 (암주요치료)		지급 횟수	지급금액
①암수술	암(유사암제외)수술비(수술당)	수술당	1,500만원
②항암방사선치료	암(유사암제외) 항암방사선치료비(치료당)	치료당	100만원

구 분 (암주요치료)		지급 횟수	지급금액
③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외)	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료제외) (주사제)(입원당)	입원당	100만원
	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료제외) (주사제)(통원당)	통원당	100만원
	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료제외) (주사제외)(연간1회한)	연간1회한	500만원
④특정항암호르몬약물허가치료	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제) (입원당)(연간3회한)	연간3회한	100만원
	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제) (통원당)(연간3회한)	연간3회한	100만원
	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제외) (연간1회한)	연간1회한	300만원

2 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 "유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분 (유사암주요치료)		지급 횟수	지급금액
⑤유사암수술	기타피부암수술비(수술당) 갑상선암수술비(수술당) 경계성종양수술비(수술당) 제자리암수술비(수술당)	각 수술당	300만원
⑥유사암항암방사선치료	기타피부암 항암방사선치료비(치료당) 갑상선암 항암방사선치료비(치료당) 경계성종양 항암방사선치료비(치료당) 제자리암 항암방사선치료비(치료당)	각 치료당	20만원
⑦유사암항암약물치료 / 유사암 항암약물치료비 (입원당)	갑상선암 항암약물치료비(주사제)(입원당) 기타피부암 항암약물치료비(주사제)(입원당) 경계성종양 항암약물치료비(주사제)(입원당) 제자리암 항암약물치료비(주사제)(입원당)	각 입원당	20만원
⑦유사암항암약물치료 / 유사암 항암약물치료비 (통원당)	갑상선암 항암약물치료비(주사제)(통원당) 기타피부암 항암약물치료비(주사제)(통원당) 경계성종양 항암약물치료비(주사제)(통원당) 제자리암 항암약물치료비(주사제)(통원당)	각 통원당	20만원
⑦유사암항암약물치료 / 유사암 항암약물치료비 (주사제외)	갑상선암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한) 기타피부암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한) 경계성종양 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한) 제자리암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한)	각 연간 1회한	100만원

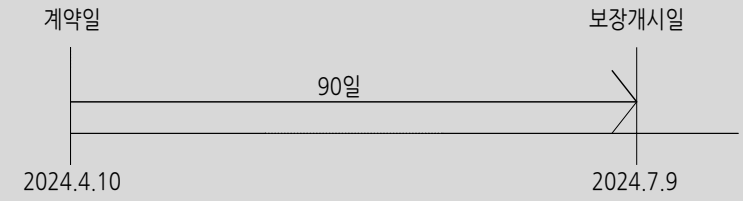
3 위 1 및 2에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

보장강화형암주요치료비(유사암포함)(종합병원)(연간4천만원한도) 보장개시일

비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



4 1 및 2에서 정한 "암(유사암제외)"으로 "암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 "유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우의 전체 연간 총 지급액은 4천만원을 한도로 하며, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

5 위 1 및 2의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 "암(유사암제외)"으로 "암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 "유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우에 치료 항목 구분별로 각각 지급횟수에 한하여 지급 합니다. 다만, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3 1. (보험금의 지급사유)의 ②항암방사선치료 및 ⑥유사암항암방사선치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.

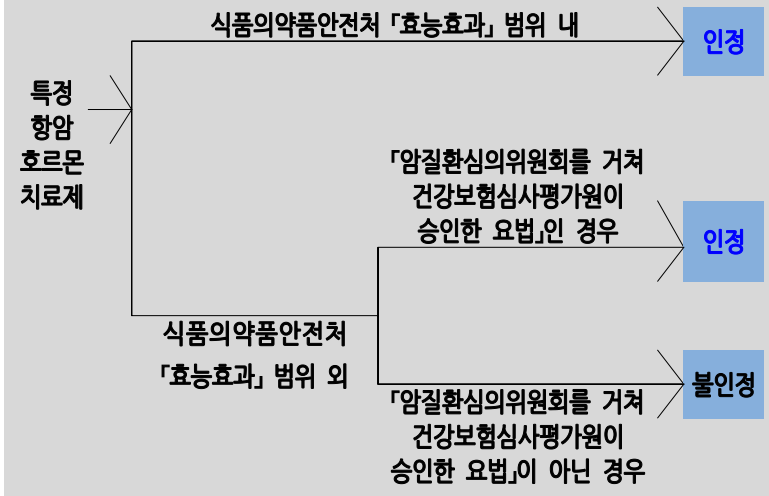
4 1. (보험금의 지급사유)의 "암(유사암제외) 항암약물치료비(특정항암호르몬약물허가치료제외)(주사제)(입원당)", "암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제)(입원당)(연간3회한)" 및 "유사암 항암약물치료비(입원당)"은 피보험자가 퇴원없이 계속입원한 경우 입원일수 및 주사제 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

5 1. (보험금의 지급사유) 1의 ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외)는 8. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 9. ("특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)의 "특정항암호르몬약물허가치료"를 제외한 치료를 보장합니다.

6 1. (보험금의 지급사유) 1의 ④특정항암호르몬약물허가치료는 "특정항암호르몬치료제"를 식품의약품안전처에서 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 한합니다)"으로 사용된 경우에는 보장합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위



용어 풀이

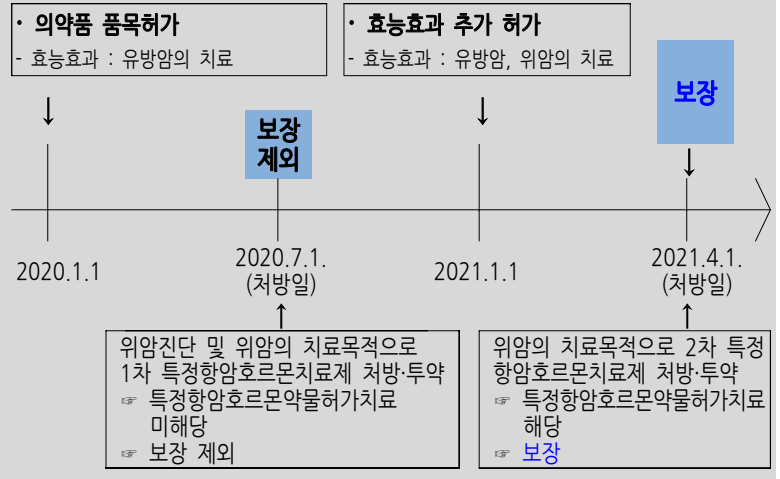
암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

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.

7 1. (보험금의 지급사유) 1의 ④특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우라 함은 "특정항암호르몬치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 9. (특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 3에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

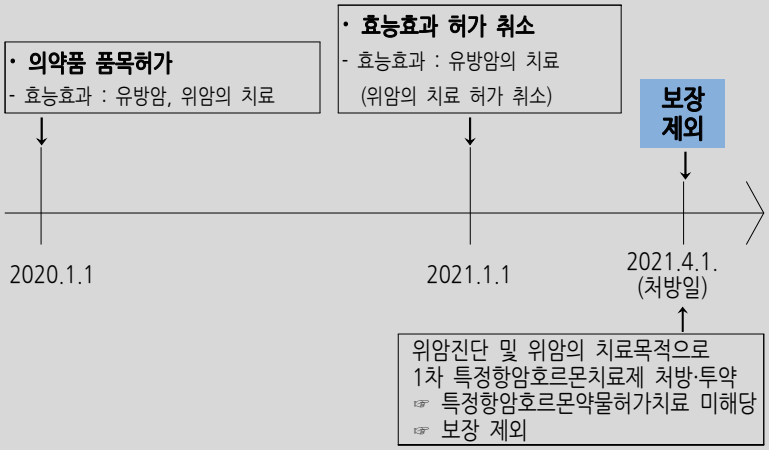
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



3. (“암” 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 “암(유사암제외)”이라 함은 1에서 정한 “암”에서 3에서 정한 “기타피부암” 및 4에서 정한 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

말합니다.

5 “암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)(단, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

6 위 5에 따른 “암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

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

유의사항

4. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “경계성종양”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

경계성종양의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “제자리암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “제자리암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

제자리암의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 “암(유사암제외)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 “수술”에 “항암방사선치료” 와 “항암약물치료”는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

7. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)을 말합니다.

8. ("항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료(주사제)"라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부 경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 사용한 "항암약물치료"를 말합니다.

3 이 특별약관에서 "항암약물치료(주사제외)"라 함은 2에서 정한 "항암약물치료(주사제)" 외의 "항암약물치료"를 말합니다.

9. ("특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "특정항암호르몬치료제"란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표36】(특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정항암호르몬약물허가치료"라 함은 8. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료 과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 치료를 목적으로 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된「효능효과」범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된「효능효과」범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

"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, 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

10. ("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

11. ("통원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

12. ("종합병원"의 정의)

"종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

13. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 12. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "종합병원 치료"와 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "종합병원"제도의 변경으로 12. ("종합병원"의 정의)의 종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 2에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관

내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

14. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

15. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

16. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

17. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

18. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

178 | 보장강화형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)(연간2천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 "암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분 (암주요치료)		지급 횟수	지급금액
①암수술	암(유사암제외)수술비(수술당)	수술당	1,500만원
②항암방사선치료	암(유사암제외) 항암방사선치료비(치료당)	치료당	100만원

구 분 (암주요치료)		지급 횟수	지급금액
③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외)	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료제외) (주사제)(입원당)	입원당	100만원
	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료제외) (주사제)(통원당)	통원당	100만원
	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료제외) (주사제외)(연간1회한)	연간1회한	500만원
④특정항암호르몬약물허가치료	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제) (입원당)(연간3회한)	연간3회한	100만원
	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제) (통원당)(연간3회한)	연간3회한	100만원
	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제외) (연간1회한)	연간1회한	300만원

2 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 "유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분 (유사암주요치료)		지급 횟수	지급금액
⑤유사암수술	기타피부암수술비(수술당) 갑상선암수술비(수술당) 경계성종양수술비(수술당) 제자리암수술비(수술당)	각 수술당	300만원
⑥유사암항암방사선치료	기타피부암 항암방사선치료비(치료당) 갑상선암 항암방사선치료비(치료당) 경계성종양 항암방사선치료비(치료당) 제자리암 항암방사선치료비(치료당)	각 치료당	20만원
⑦유사암항암약물치료 / 유사암 항암약물치료비 (입원당)	갑상선암 항암약물치료비(주사제)(입원당) 기타피부암 항암약물치료비(주사제)(입원당) 경계성종양 항암약물치료비(주사제)(입원당) 제자리암 항암약물치료비(주사제)(입원당)	각 입원당	20만원
⑦유사암항암약물치료 / 유사암 항암약물치료비 (통원당)	갑상선암 항암약물치료비(주사제)(통원당) 기타피부암 항암약물치료비(주사제)(통원당) 경계성종양 항암약물치료비(주사제)(통원당) 제자리암 항암약물치료비(주사제)(통원당)	각 통원당	20만원
⑦유사암항암약물치료 / 유사암 항암약물치료비 (주사제외)	갑상선암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한) 기타피부암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한) 경계성종양 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한) 제자리암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한)	각 연간 1회한	100만원

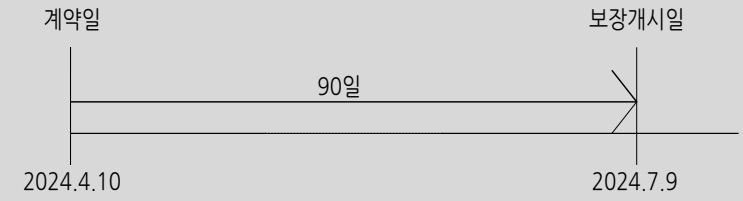
3 위 1 및 2에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

보장강화형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)(연간2천만원한도) 보장개시일

비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



4 1 및 2에서 정한 "암(유사암제외)"으로 "암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 "유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우의 전체 연간 총 지급액은 2천만원을 한도로 하며, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

5 위 1 및 2의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 "암(유사암제외)"으로 "암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 "유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우에 치료 항목 구분별로 각각 지급횟수에 한하여 지급 합니다. 다만, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3 1. (보험금의 지급사유)의 ②항암방사선치료 및 ⑥유사암항암방사선치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.

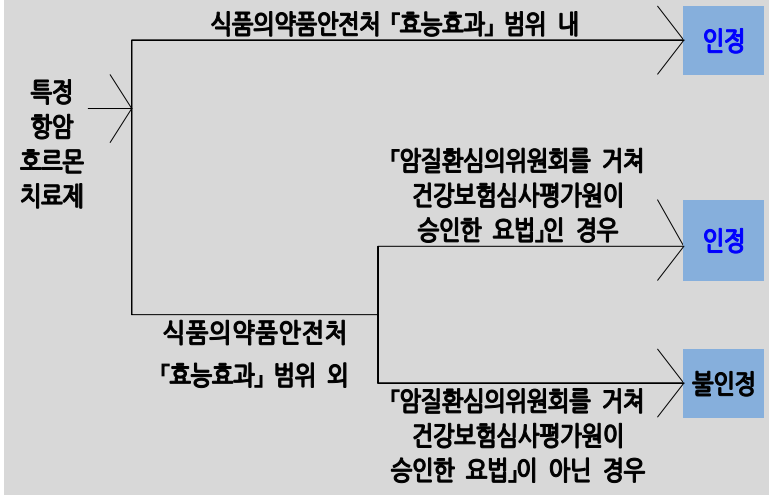
4 1. (보험금의 지급사유)의 "암(유사암제외) 항암약물치료비(특정항암호르몬약물허가치료제외)(주사제)(입원당)", "암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제)(입원당)(연간3회한)" 및 "유사암 항암약물치료비(입원당)"은 피보험자가 퇴원 없이 계속입원한 경우 입원일수 및 주사제 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

5 1. (보험금의 지급사유) 1의 ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외)는 8. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 9. ("특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)의 "특정항암호르몬약물허가치료"를 제외한 치료를 보장합니다.

6 1. (보험금의 지급사유) 1의 ④특정항암호르몬약물허가치료는 "특정항암호르몬치료제"를 식품의약품안전처에서 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 한합니다)"으로 사용된 경우에는 보장합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위



용어 풀이

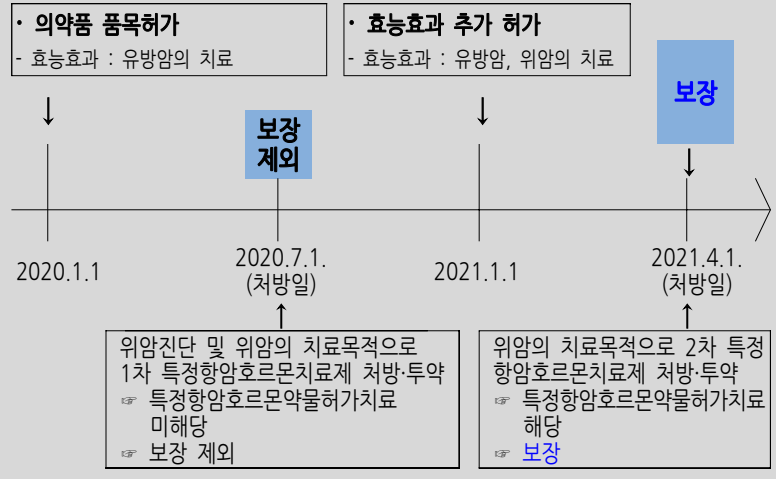
암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

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.

7 1. (보험금의 지급사유) 1의 ④특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우라 함은 "특정항암호르몬치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 9. (특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 3에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

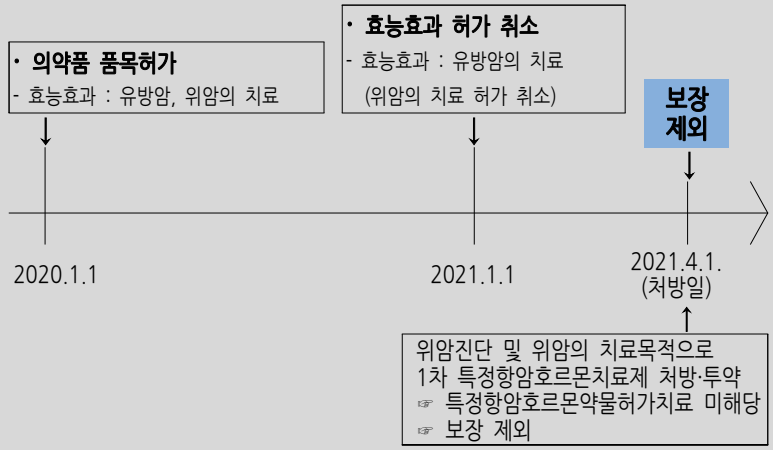
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



3. (“암” 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 “암(유사암제외)”이라 함은 1에서 정한 “암”에서 3에서 정한 “기타피부암” 및 4에서 정한 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

5 “암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)(단, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

6 위 5에 따른 “암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “경계성종양”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

경계성종양의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “제자리암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “제자리암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

제자리암의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 “암(유사암제외)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 “수술”에 “항암방사선치료” 와 “항암약물치료”는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

7. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)을 말합니다.

8. ("항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료(주사제)"라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부 경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 사용한 "항암약물치료"를 말합니다.

3 이 특별약관에서 "항암약물치료(주사제외)"라 함은 2에서 정한 "항암약물치료(주사제)" 외의 "항암약물치료"를 말합니다.

9. ("특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "특정항암호르몬치료제"란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표36】(특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정항암호르몬약물허가치료"라 함은 8. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료 과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 치료를 목적으로 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

"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, 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

10. ("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

11. ("통원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

12. ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

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

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

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

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

13. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 12. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 치료"와 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 12.("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있

거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

14. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

15. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

16. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

17. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

18. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

179 | 보장강화형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)(연간3천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 "암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분 (암주요치료)		지급 횟수	지급금액
①암수술	암(유사암제외)수술비(수술당)	수술당	1,500만원

구 분 (암주요치료)		지급 횟수	지급금액
②항암방사선 치료	암(유사암제외) 항암방사선치료비(치료당)	치료당	100만원
③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외)	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료제외) (주사제)(입원당)	입원당	100만원
	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료제외) (주사제)(통원당)	통원당	100만원
	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료제외) (주사제외)(연간1회한)	연간1회한	500만원
④특정항암호르몬약물허가치료	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제) (입원당)(연간3회한)	연간3회한	100만원
	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제) (통원당)(연간3회한)	연간3회한	100만원
	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제외) (연간1회한)	연간1회한	300만원

2 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 "유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분 (유사암주요치료)		지급 횟수	지급금액
⑤유사암수술		기타피부암수술비(수술당) 갑상선암수술비(수술당) 경계성종양수술비(수술당) 제자리암수술비(수술당)	각 수술당	300만원
⑥유사암항암방사선치료		기타피부암 항암방사선치료비(치료당) 갑상선암 항암방사선치료비(치료당) 경계성종양 항암방사선치료비(치료당) 제자리암 항암방사선치료비(치료당)	각 치료당	20만원
⑦ 유사암항암약물치료	유사암 항암약물치료비 (입원당)	갑상선암 항암약물치료비(주사제)(입원당) 기타피부암 항암약물치료비(주사제)(입원당) 경계성종양 항암약물치료비(주사제)(입원당) 제자리암 항암약물치료비(주사제)(입원당)	각 입원당	20만원
	유사암 항암약물치료비 (통원당)	갑상선암 항암약물치료비(주사제)(통원당) 기타피부암 항암약물치료비(주사제)(통원당) 경계성종양 항암약물치료비(주사제)(통원당) 제자리암 항암약물치료비(주사제)(통원당)	각 통원당	20만원
	유사암 항암약물치료비 (주사제외)	갑상선암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한) 기타피부암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한) 경계성종양 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한) 제자리암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한)	각 연간 1회한	100만원

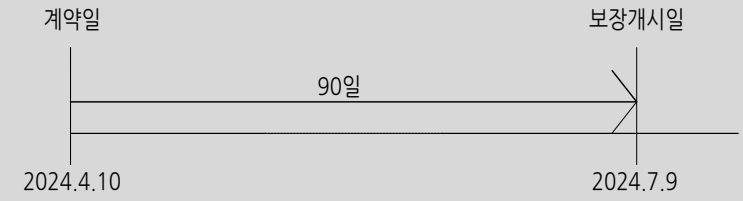
3 위 1 및 2에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

보장강화형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)(연간3천만원한도) 보장개시일

비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



4 1 및 2에서 정한 "암(유사암제외)"으로 "암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 "유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우의 전체 연간 총 지급액은 3천만원을 한도로 하며, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

5 위 1 및 2의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 "암(유사암제외)"으로 "암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 "유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우에 치료 항목 구분별로 각각 지급횟수에 한하여 지급 합니다. 다만, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3 1. (보험금의 지급사유)의 ②항암방사선치료 및 ⑥유사암항암방사선치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.

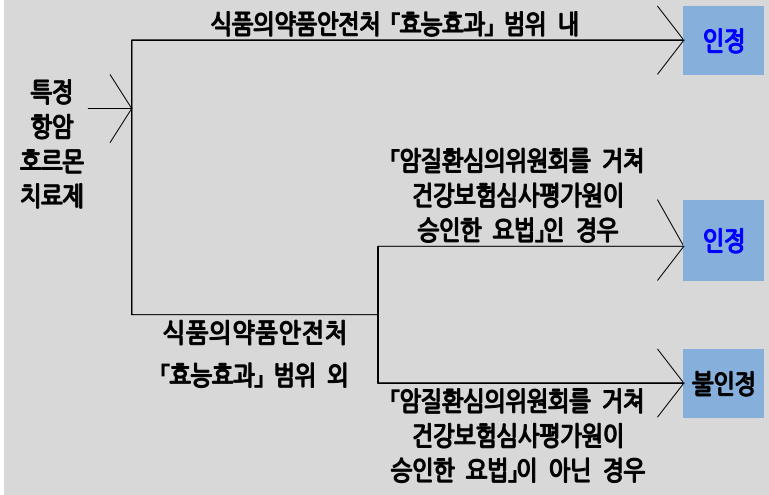
4 1. (보험금의 지급사유)의 "암(유사암제외) 항암약물치료비(특정항암호르몬약물허가치료제외)(주사제)(입원당)", "암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제)(입원당)(연간3회한)" 및 "유사암 항암약물치료비(입원당)"은 피보험자가 퇴원 없이 계속입원한 경우 입원일수 및 주사제 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

5 1. (보험금의 지급사유) 1의 ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외)는 8. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 9. ("특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)의 "특정항암호르몬약물허가치료"를 제외한 치료를 보장합니다.

6 1. (보험금의 지급사유) 1의 ④특정항암호르몬약물허가치료는 "특정항암호르몬치료제"를 식품의약품안전처에서 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 한합니다)"으로 사용된 경우에는 보장합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위



용어 풀이

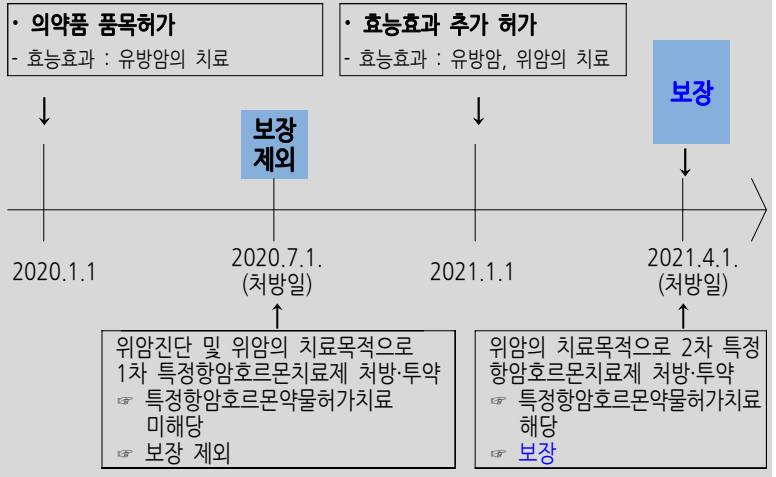
암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

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.

7 1. (보험금의 지급사유) 1의 ④특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우라 함은 "특정항암호르몬치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 9. (특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 3에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

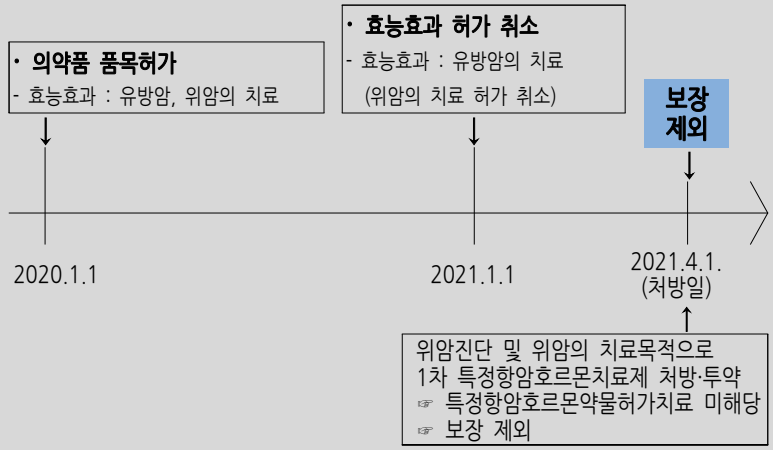
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



3. (“암” 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 “암(유사암제외)”이라 함은 1에서 정한 “암”에서 3에서 정한 “기타피부암” 및 4에서 정한 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

5 “암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)(단, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

6 위 5에 따른 “암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “경계성종양”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

경계성종양의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “제자리암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “제자리암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

제자리암의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 “암(유사암제외)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 “수술”에 “항암방사선치료” 와 “항암약물치료”는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

7. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)을 말합니다.

8. ("항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료(주사제)"라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부 경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 사용한 "항암약물치료"를 말합니다.

3 이 특별약관에서 "항암약물치료(주사제외)"라 함은 2에서 정한 "항암약물치료(주사제)" 외의 "항암약물치료"를 말합니다.

9. ("특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "특정항암호르몬치료제"란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표36】(특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정항암호르몬약물허가치료"라 함은 8. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료 과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 치료를 목적으로 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

"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, 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

10. ("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

11. ("통원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

12. ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

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

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

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

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

13. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 12. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 치료"와 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 12.("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있

거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

14. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

15. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

16. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

17. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

18. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

180 | 보장강화형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)(연간4천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 "암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분 (암주요치료)		지급 횟수	지급금액
①암수술	암(유사암제외)수술비(수술당)	수술당	1,500만원

구 분 (암주요치료)		지급 횟수	지급금액
②항암방사선 치료	암(유사암제외) 항암방사선치료비(치료당)	치료당	100만원
③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외)	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료제외) (주사제)(입원당)	입원당	100만원
	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료제외) (주사제)(통원당)	통원당	100만원
	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료제외) (주사제외)(연간1회한)	연간1회한	500만원
④특정항암호르몬약물허가치료	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제) (입원당)(연간3회한)	연간3회한	100만원
	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제) (통원당)(연간3회한)	연간3회한	100만원
	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제외) (연간1회한)	연간1회한	300만원

2 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 "유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분 (유사암주요치료)		지급 횟수	지급금액
⑤유사암수술	기타피부암수술비(수술당) 갑상선암수술비(수술당) 경계성종양수술비(수술당) 제자리암수술비(수술당)	각 수술당	300만원
⑥유사암항암방사선치료	기타피부암 항암방사선치료비(치료당) 갑상선암 항암방사선치료비(치료당) 경계성종양 항암방사선치료비(치료당) 제자리암 항암방사선치료비(치료당)	각 치료당	20만원
⑦ 유사암항암약물치료 — 유사암 항암약물치료비 (입원당)	갑상선암 항암약물치료비(주사제)(입원당) 기타피부암 항암약물치료비(주사제)(입원당) 경계성종양 항암약물치료비(주사제)(입원당) 제자리암 항암약물치료비(주사제)(입원당)	각 입원당	20만원
⑦ 유사암항암약물치료 — 유사암 항암약물치료비 (통원당)	갑상선암 항암약물치료비(주사제)(통원당) 기타피부암 항암약물치료비(주사제)(통원당) 경계성종양 항암약물치료비(주사제)(통원당) 제자리암 항암약물치료비(주사제)(통원당)	각 통원당	20만원
⑦ 유사암항암약물치료 — 유사암 항암약물치료비 (주사제외)	갑상선암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한) 기타피부암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한) 경계성종양 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한) 제자리암 항암약물치료비(주사제외)(연간1회한)	각 연간 1회한	100만원

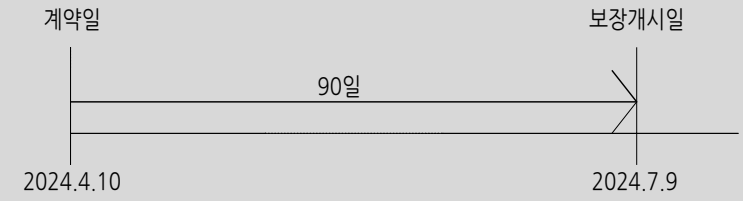
3 위 1 및 2에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

보장강화형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)(연간4천만원한도) 보장개시일

비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



4 1 및 2에서 정한 "암(유사암제외)"으로 "암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 "유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우의 전체 연간 총 지급액은 4천만원을 한도로 하며, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

5 위 1 및 2의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 "암(유사암제외)"으로 "암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 "유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우에 치료 항목 구분별로 각각 지급횟수에 한하여 지급 합니다. 다만, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3 1. (보험금의 지급사유)의 ②항암방사선치료 및 ⑥유사암항암방사선치료는 암의 병소(cancer site)와 암의 병소 주변 림프절에 대한 방사선치료시 동일 조사 범위내 시행으로 보아 1회로 간주합니다.

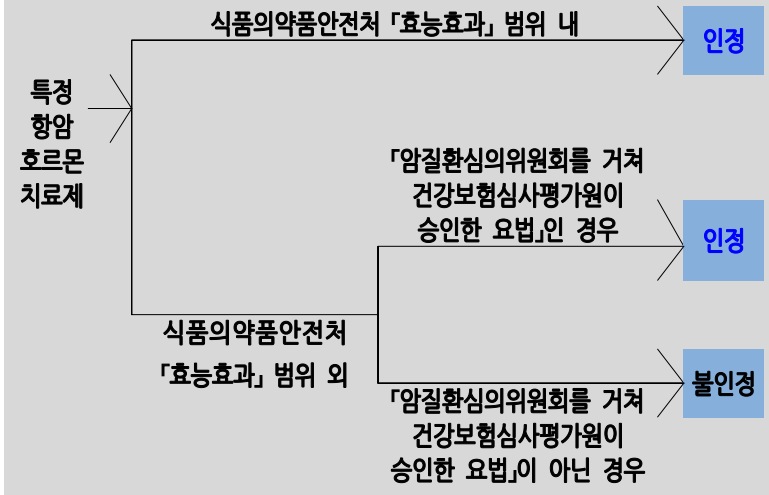
4 1. (보험금의 지급사유)의 "암(유사암제외) 항암약물치료비(특정항암호르몬약물허가치료제외)(주사제)(입원당)", "암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비(주사제)(입원당)(연간3회한)" 및 "유사암 항암약물치료비(입원당)"은 피보험자가 퇴원 없이 계속입원한 경우 입원일수 및 주사제 치료횟수와 관계없이 1회로 봅니다.

5 1. (보험금의 지급사유) 1의 ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외)는 8. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 9. ("특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)의 "특정항암호르몬약물허가치료"를 제외한 치료를 보장합니다.

6 1. (보험금의 지급사유) 1의 ④특정항암호르몬약물허가치료는 "특정항암호르몬치료제"를 식품의약품안전처에서 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 한합니다)"으로 사용된 경우에는 보장합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위



용어 풀이

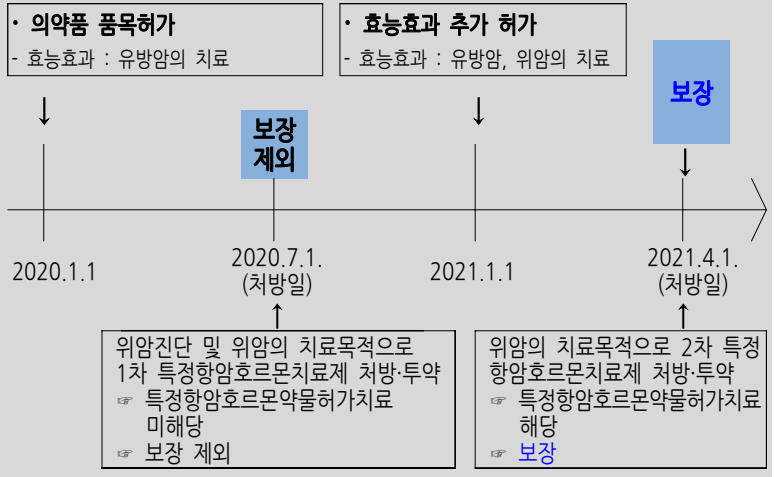
암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

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.

7 1. (보험금의 지급사유) 1의 ④특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우라 함은 "특정항암호르몬치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 9. (특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 3에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

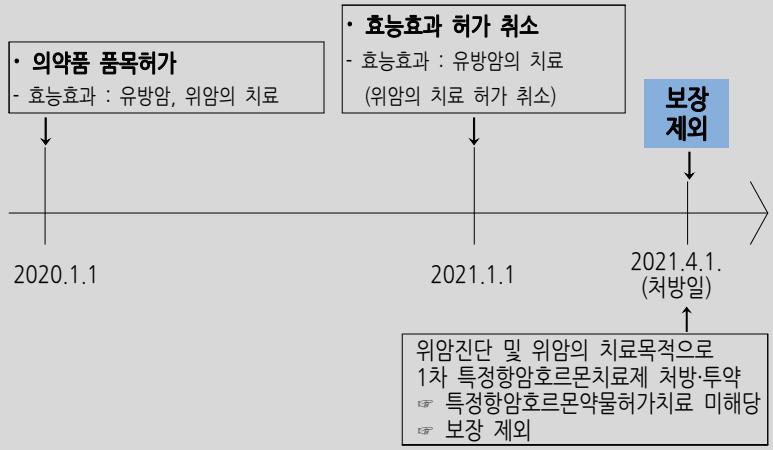
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



3. (“암” 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 “암(유사암제외)”이라 함은 1에서 정한 “암”에서 3에서 정한 “기타피부암” 및 4에서 정한 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

5 “암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)(단, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

6 위 5에 따른 “암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. (“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “경계성종양”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “경계성종양”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

경계성종양의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. (“제자리암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “제자리암”이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 “제자리암”의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

3 위 2에 따른 “제자리암”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

제자리암의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 “암(유사암제외)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 “수술”에 “항암방사선치료” 와 “항암약물치료”는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

7. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)을 말합니다.

8. ("항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료(주사제)"라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부 경계조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 사용한 "항암약물치료"를 말합니다.

3 이 특별약관에서 "항암약물치료(주사제외)"라 함은 2에서 정한 "항암약물치료(주사제)" 외의 "항암약물치료"를 말합니다.

9. ("특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "특정항암호르몬치료제"란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표36】(특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정항암호르몬약물허가치료"라 함은 8. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료 과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 치료를 목적으로 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

"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, 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

10. ("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

11. ("통원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

12. ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

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

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

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

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

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

13. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 12. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 치료"와 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.
① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 12.("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있

거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

14. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

15. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

16. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

17. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

18. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

181 | 슬림형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)(연간5천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 "슬림형암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분 (슬림형암주요치료)		지급횟수	지급금액
①암수술	암(유사암제외)수술비	수술당	1,000만원
②항암방사선치료	암(유사암제외) 항암방사선치료비(연간1회한)	연간1회한	1,000만원

구 분 (슬림형암주요치료)		지급횟수	지급금액
③항암약물치료 (특정항암호르몬약물허가치료 제외)	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료 제외)(연간1회한)	연간1회한	1,000만원
④특정항암호르몬약물허가치료	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비 (연간1회한)	연간1회한	100만원

2 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암(이하 '유사암'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 "슬림형유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분 (슬림형유사암주요치료)		지급횟수	지급금액
⑤유사암수술	유사암수술비	수술당	200만원
⑥유사암항암방사선치료	유사암항암방사선치료비(연간1회한)	연간1회한	200만원
⑦유사암항암약물치료	유사암항암약물치료비(연간1회한)	연간1회한	200만원

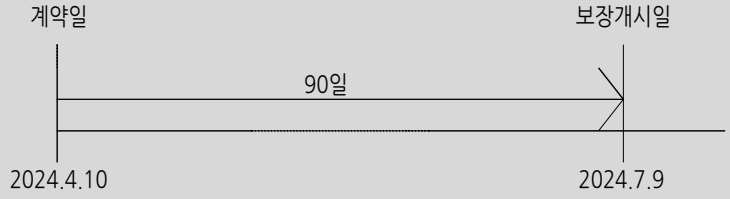
3 위 1 및 2에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

슬림형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)(연간5천만원한도) 보장개시일

비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



4 1 및 2에서 정한 암(유사암제외)"으로 "슬림형암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 "슬림형유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우의 전체 연간 총 지급액은 5천만원을 한도로 하며, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

5 위 1 및 2의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

6 회사가 위 2 "유사암항암방사선치료비(연간1회한)"를 지급한 경우에는 동일한 보험연도 내에서 이미 지급한 "유사암항암방사선치료비(연간1회한)"와 다른 유사암으로 항암방사선치료를 받은 경우라도 보험금을 중복지급하지 않습니다.

7 회사가 위 2 "유사암항암약물치료비(연간1회한)"를 지급한 경우에는 동일한 보험연도 내에서 이미 지급한 "유사암항암약물치료비(연간1회한)"와 다른 유사암으로 항암약물치료를 받은 경우라도 보험금을 중복지급하지 않습니다.

예시

유사암항암방사선치료비(연간1회한) 지급예시

• 특별약관의 계약일 : 2025년 6월 23일

날 짜	구 분	보장여부	사 유
2025.10.1	기타피부암으로 항암방사선치료시	지급	
2025.11.1	경계성종양으로 항암방사선치료시	부지급	연간 1회한 한도 (미충족)
2026.7.1	제자리암으로 항암방사선치료시	지급	연간 1회한 한도 (충족)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 "암(유사암제외)"으로 "슬림형암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 "슬림형유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우에 치료 항목 구분별로 각각 지급횟수에 한하여 지급 합니다. 다만, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

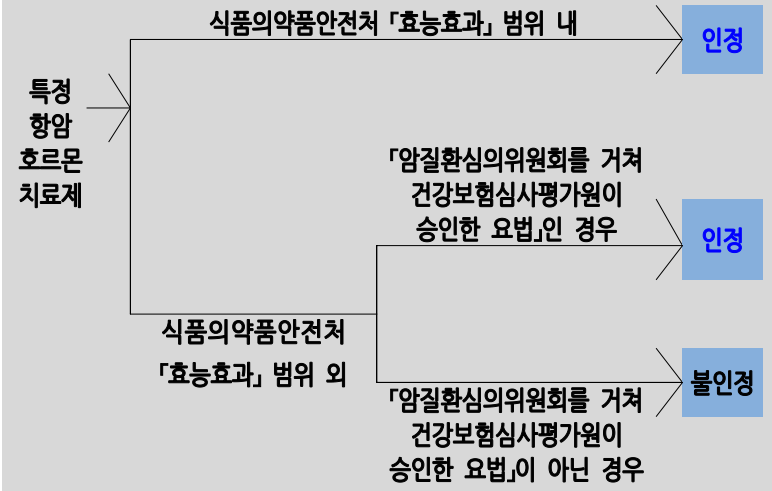
2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3 1. (보험금의 지급사유) 1의 ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외)는 8. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 9. ("특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)의 "특정항암호르몬약물허가치료"를 제외한 치료를 보장합니다.

4 1. (보험금의 지급사유) 1의 ④특정항암호르몬약물허가치료는 "특정항암호르몬치료제"를 식품의약품안전처에서 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 한합니다)"으로 사용된 경우에는 보장합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위



용어 풀이

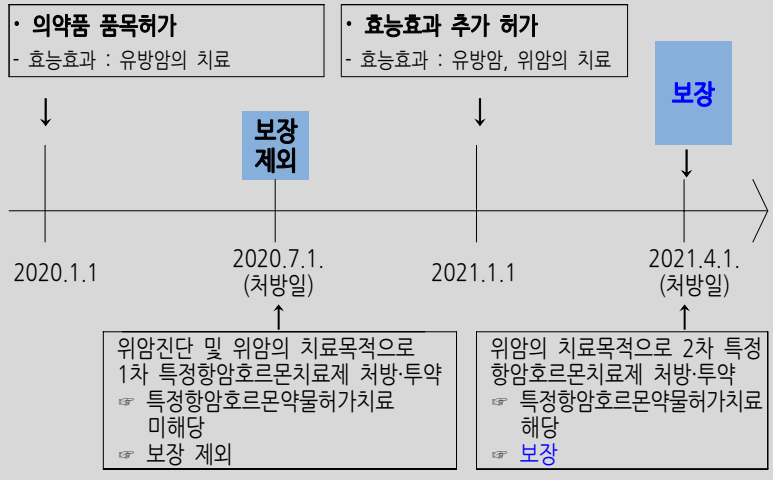
암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

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.

5 1. (보험금의 지급사유) 1의 ④특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우라 함은 "특정항암호르몬치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 9. (특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 3에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

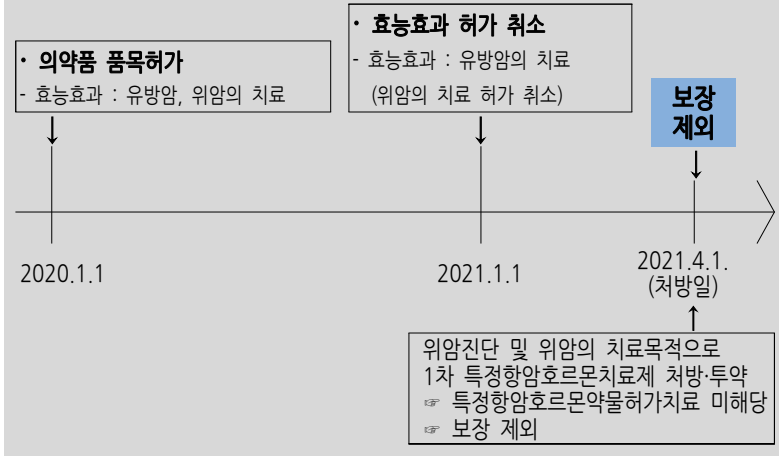
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



3. (“암” 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】 악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 “암(유사암제외)”이라 함은 1에서 정한 “암”에서 3에서 정한 “기타피부암” 및 4에서 정한 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 “갑상선암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

경계성종양의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

제자리암의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 “암(유사암제외)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 “수술”에 “항암방사선치료” 와 “항암약물치료”는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

“기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술”이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

7. (“항암방사선치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)을 말합니다.

8. (“항암약물치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

9. (“특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “특정항암호르몬치료제”란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표36】(특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정항암호르몬약물허가치료"라 함은 8. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료 과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 치료를 목적으로 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보
  - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
  - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 식품의약품안전처 예규 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"에서 "특정항암호르몬치료제"의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

10. ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

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

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

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에

대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

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

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

11. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 10. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 치료"와 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우

② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 10.("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우

③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

12. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

13. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

14. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

15. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

16. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

182 | 슬림형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)(연간7천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 "슬림형암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분 (슬림형암주요치료)		지급횟수	지급금액
①암수술	암(유사암제외)수술비	수술당	2,000만원
②항암방사선치료	암(유사암제외) 항암방사선치료비(연간1회한)	연간1회한	2,000만원
③항암약물치료 (특정항암호르몬약물허가치료 제외)	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료 제외)(연간1회한)	연간1회한	2,000만원
④특정항암호르몬약물허가치료	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비 (연간1회한)	연간1회한	200만원

2 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암(이하 '유사암'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 "슬림형유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분 (슬림형유사암주요치료)		지급횟수	지급금액
⑤유사암수술	유사암수술비	수술당	400만원
⑥유사암항암방사선치료	유사암항암방사선치료비(연간1회한)	연간1회한	400만원
⑦유사암항암약물치료	유사암항암약물치료비(연간1회한)	연간1회한	400만원

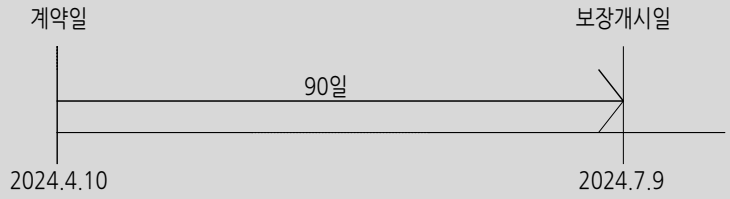
3 위 1 및 2에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

슬림형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)(연간7천만원한도) 보장개시일

비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



4 1 및 2에서 정한 암(유사암제외)"으로 "슬림형암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 "슬림형유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치

료)”를 받은 경우의 전체 연간 총 지급액은 7천만원을 한도로 하며, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

5 위 1 및 2의 “연간”이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

6 회사가 위 2 “유사암항암방사선치료비(연간1회한)”를 지급한 경우에는 동일한 보험연도 내에서 이미 지급한 “유사암항암방사선치료비(연간1회한)”와 다른 유사암으로 항암방사선치료를 받은 경우라도 보험금을 중복지급하지 않습니다.

7 회사가 위 2 “유사암항암약물치료비(연간1회한)”를 지급한 경우에는 동일한 보험연도 내에서 이미 지급한 “유사암항암약물치료비(연간1회한)”와 다른 유사암으로 항암약물치료를 받은 경우라도 보험금을 중복지급하지 않습니다.

예시

유사암항암방사선치료비(연간1회한) 지급예시

• 특별약관의 계약일 : 2025년 6월 23일

날 짜	구 분	보장여부	사 유
2025.10.1	기타피부암으로 항암방사선치료시	지급	
2025.11.1	경계성종양으로 항암방사선치료시	부지급	연간 1회한 한도 (미충족)
2026.7.1	제자리암으로 항암방사선치료시	지급	연간 1회한 한도 (충족)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 “암(유사암제외)”으로 “슬림형암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)”를 받은 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 “슬림형유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)”를 받은 경우에 치료 항목 구분별로 각각 지급횟수에 한하여 지급 합니다. 다만, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

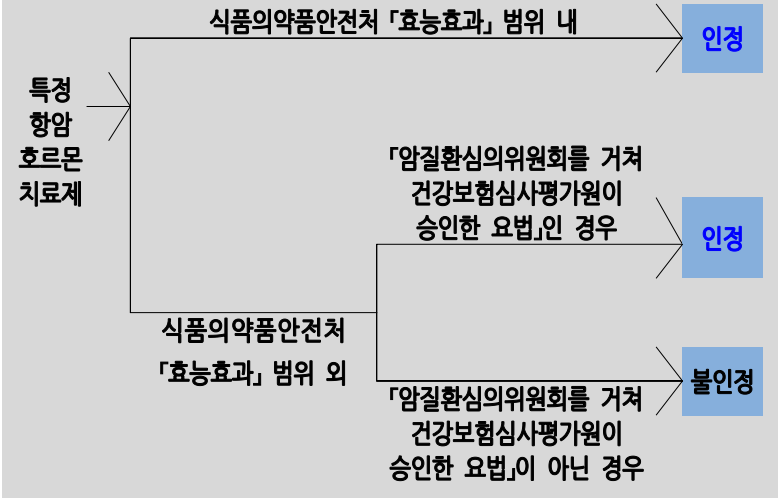
2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3 1. (보험금의 지급사유) 1의 ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외)는 8. (“항암약물치료”의 정의)에서 정한 “항암약물치료” 중 9. (“특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료”의 정의)의 “특정항암호르몬약물허가치료”를 제외한 치료를 보장합니다.

4 1. (보험금의 지급사유) 1의 ④특정항암호르몬약물허가치료는 “특정항암호르몬치료제”를 식품의약품안전처에서 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 한합니다)”으로 사용된 경우에는 보장합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위



용어 풀이

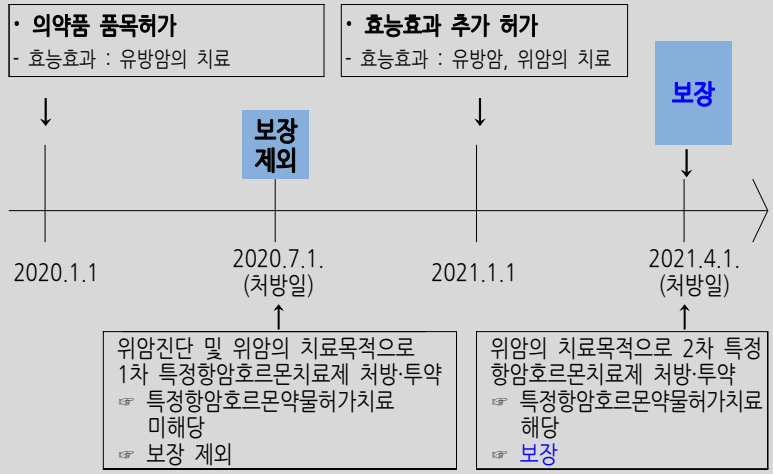
암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

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.

5 1. (보험금의 지급사유) 1의 ④특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우라 함은 "특정항암호르몬치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 9. (특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 3에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

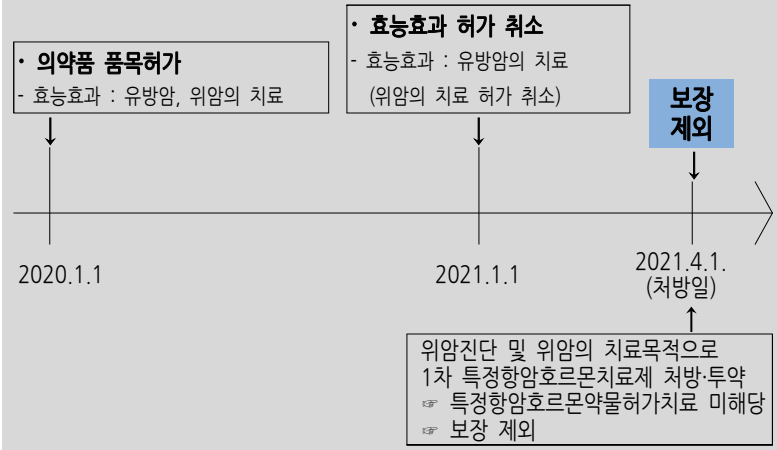
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】 악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

경계성종양의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

제자리암의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 "암(유사암제외)"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

7. ("항암방사선치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)을 말합니다.

8. ("항암약물치료"의 정의)

이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 "항암약물치료"라 합니다)을 말합니다.

9. ("특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "특정항암호르몬치료제"란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표36】(특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정항암호르몬약물허가치료"라 함은 8. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료 과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 치료를 목적으로 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

"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, 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

10. ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

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

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

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에

대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

11. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 10. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 치료"와 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 10.("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

12. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

13. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

14. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

15. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

16. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

183 | 슬림형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)(연간1.2억원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 "슬림형암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분 (슬림형암주요치료)		지급횟수	지급금액
①암수술	암(유사암제외)수술비	수술당	3,000만원
②항암방사선치료	암(유사암제외) 항암방사선치료비(연간1회한)	연간1회한	3,000만원
③항암약물치료 (특정항암호르몬약물허가치료 제외)	암(유사암제외) 항암약물치료비 (특정항암호르몬약물허가치료 제외)(연간1회한)	연간1회한	3,000만원
④특정항암호르몬약물허가치료	암(유사암제외) 특정항암호르몬약물허가치료비 (연간1회한)	연간1회한	300만원

2 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암(이하 '유사암'이라 합니다)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 "슬림형유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분 (슬림형유사암주요치료)		지급횟수	지급금액
⑤유사암수술	유사암수술비	수술당	600만원
⑥유사암항암방사선치료	유사암항암방사선치료비(연간1회한)	연간1회한	600만원
⑦유사암항암약물치료	유사암항암약물치료비(연간1회한)	연간1회한	600만원

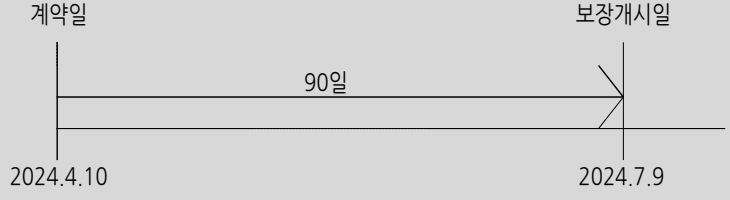
3 위 1 및 2에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

슬림형암주요치료비(유사암포함)(상급종합병원)(연간1.2억원한도) 보장개시일

비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



4 1 및 2에서 정한 암(유사암제외)"으로 "슬림형암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 "슬림형유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우의 전체 연간 총 지급액은 1억2천만원을 한도로 하며, 연간 총

지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

5 위 1 및 2의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

6 회사가 위 2 "유사암항암방사선치료비(연간1회한)"를 지급한 경우에는 동일한 보험연도 내에서 이미 지급한 "유사암항암방사선치료비(연간1회한)"와 다른 유사암으로 항암방사선치료를 받은 경우라도 보험금을 중복지급하지 않습니다.

7 회사가 위 2 "유사암항암약물치료비(연간1회한)"를 지급한 경우에는 동일한 보험연도 내에서 이미 지급한 "유사암항암약물치료비(연간1회한)"와 다른 유사암으로 항암약물치료를 받은 경우라도 보험금을 중복지급하지 않습니다.

예시

유사암항암방사선치료비(연간1회한) 지급예시

• 특별약관의 계약일 : 2025년 6월 23일

날 짜	구 분	보장여부	사 유
2025.10.1	기타피부암으로 항암방사선치료시	지급	
2025.11.1	경계성종양으로 항암방사선치료시	부지급	연간 1회한 한도 (미충족)
2026.7.1	제자리암으로 항암방사선치료시	지급	연간 1회한 한도 (충족)

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 "암(유사암제외)"으로 "슬림형암주요치료(①암수술, ②항암방사선치료, ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외), ④특정항암호르몬약물허가치료)"를 받은 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암으로 "슬림형유사암주요치료(⑤유사암수술, ⑥유사암항암방사선치료, ⑦유사암항암약물치료)"를 받은 경우에 치료 항목 구분별로 각각 지급횟수에 한하여 지급 합니다. 다만, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

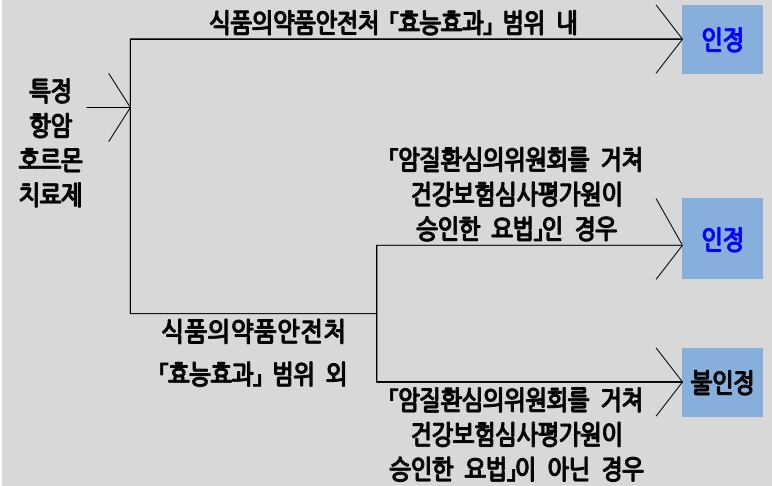
2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3 1. (보험금의 지급사유) 1의 ③항암약물치료(특정항암호르몬약물허가치료 제외)는 8. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중 9. ("특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료"의 정의)의 "특정항암호르몬약물허가치료"를 제외한 치료를 보장합니다.

4 1. (보험금의 지급사유) 1의 ④특정항암호르몬약물허가치료는 "특정항암호르몬치료제"를 식품의약품안전처에서 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 한합니다)"으로 사용된 경우에는 보장합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위



용어 풀이

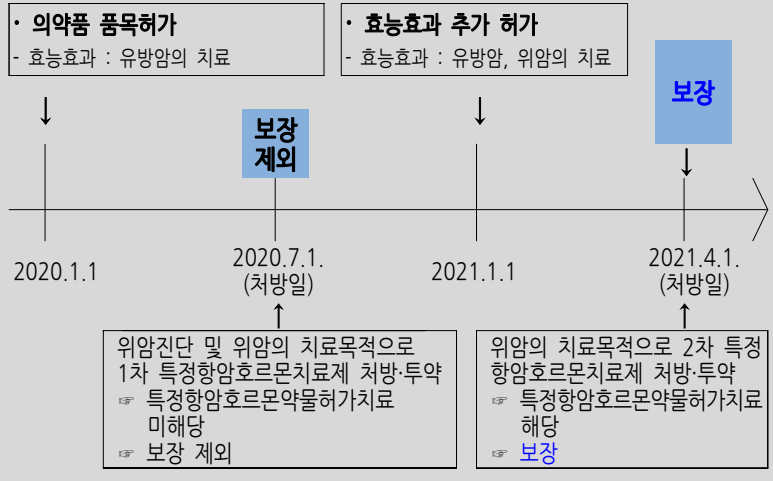
암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

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.

5 1. (보험금의 지급사유) 1의 ④특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우라 함은 "특정항암호르몬치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 9. (특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 3에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

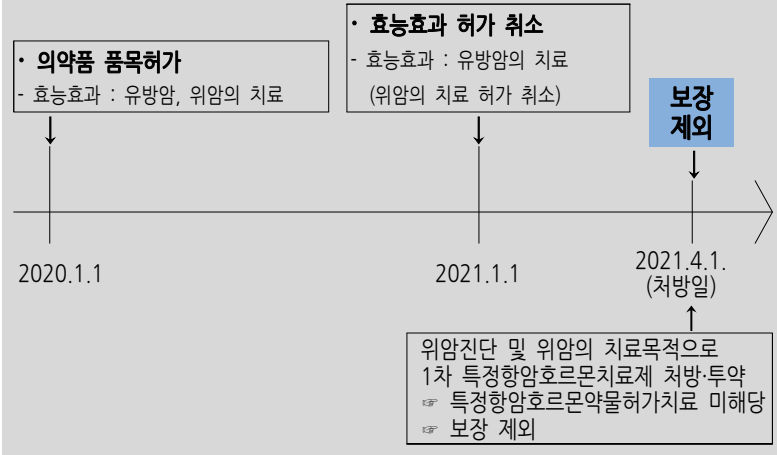
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】 악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "암(유사암제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "기타피부암" 및 4에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에 있어서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

암의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "경계성종양"이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표10】행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "경계성종양"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

경계성종양의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "제자리암"이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표9】제자리신생물 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

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

3 위 2에 따른 "제자리암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

제자리암의 진단이 가능하지 않을 때

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

6. (“수술”의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)”의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 “암(유사암제외)”의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 “수술”에 “항암방사선치료” 와 “항암약물치료”는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

“기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술”이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

7. (“항암방사선치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 “항암방사선치료”라 합니다)을 말합니다.

8. (“항암약물치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

9. (“특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “특정항암호르몬치료제”란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

용어 풀이

특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 7월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을【별표36】(특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 "특정항암호르몬약물허가치료"라 함은 8. ("항암약물치료"의 정의)에서 정한 "항암약물치료" 중, 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료 과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암의 치료를 목적으로 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 "안전성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

"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, 1에서 정한 "특정항암호르몬치료제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

10. ("상급종합병원"의 정의)

"상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

인용 문구

의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

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

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

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에

대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

11. (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

1 10. ("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 지정기준이 의료법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 치료일 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 "상급종합병원 치료"와 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 아래 3에 따라 계약자에게 안내합니다.

① 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도가 폐지되는 경우
② 법령의 개정에 따라 "상급종합병원"제도의 변경으로 10.("상급종합병원"의 정의)의 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
③ ① 및 ② 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 지체 없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 특별약관내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특별약관내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

5 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

6 위 2에 따라 특별약관내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

12. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

13. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암 또는 암(유사암제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

14. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

15. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

16. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

184 | 비급여암주요치료비(전액본인부담포함)(연간2천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "비급여암주요치료(전액본인부담포함) 항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여암주요치료(전액본인부담포함)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분		지급횟수	지급금액
비급여암주요치료(전액본인부담포함)	비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술 (특정암제외)	수술당	500만원
	비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술 (특정암)	수술당	100만원
	비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암 및 갑상선암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암 및 갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암)	연간1회한	200만원
	비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암제외)	연간1회한	1,000만원
	비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암)	연간1회한	200만원

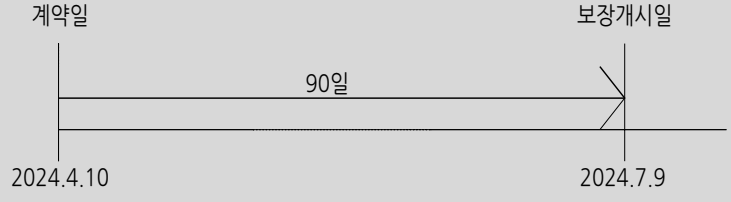
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

비급여암주요치료(전액본인부담포함) 보장개시일

비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 위 1에서 “비급여암주요치료(전액본인부담포함) 항목별 대상질병” 이라 함은 다음과 같습니다.

구 분		대상질병
비급여암주요치료(전액본인부담포함)	비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술 (특정암제외)	암(특정암제외)
	비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술 (특정암)	특정암
	비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암 및 갑상선암제외)	암(기타피부암 및 갑상선암제외)
	비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암 및 갑상선암)	기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암제외)	암(기타피부암 및 갑상선암제외)
	비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암)	기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암제외)	암(기타피부암 및 갑상선암제외)
	비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암)	기타피부암 및 갑상선암

4 1에서 정한 “비급여암주요치료(전액본인부담포함)”의 연간 총 지급액은 2천만원을 한도로 합니다.
연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

5 위 1의 “연간”이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

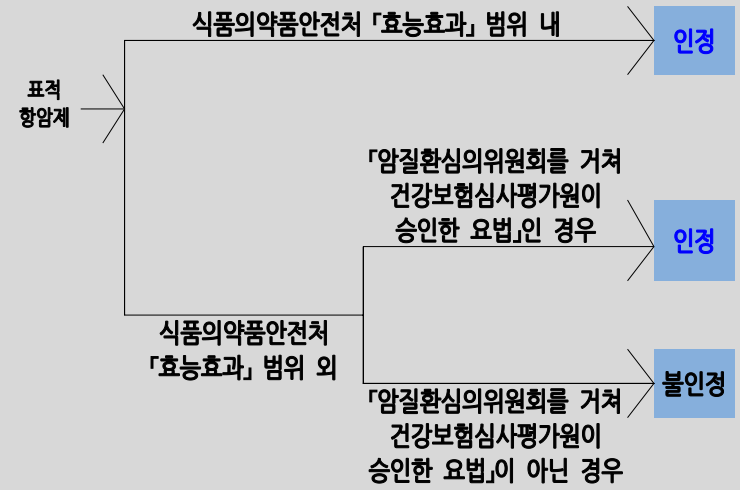
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 비급여암주요치료비(전액본인부담포함)는 치료 항목 구분별로 각각 지급횟수에 한하여 지급 합니다. 다만, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

2 1.(보험금의 지급사유)의 비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외) 및 비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)는 표적항암제가 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

용어 풀이

표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위



용어 풀이

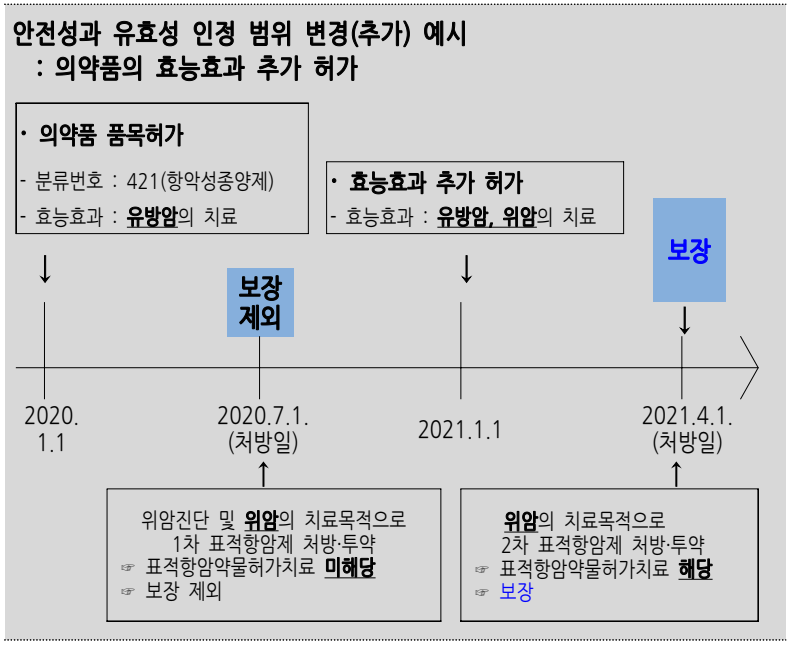
암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

3 4.(“비급여암주요치료(전액본인부담포함)”의 정의)에서 “비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외)를 받은 경우” 및 “비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)를 받은 경우”라 함은 “비급여” 또는 “전액본인부담”에 해당되는 “표적항암제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 9.(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 3에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

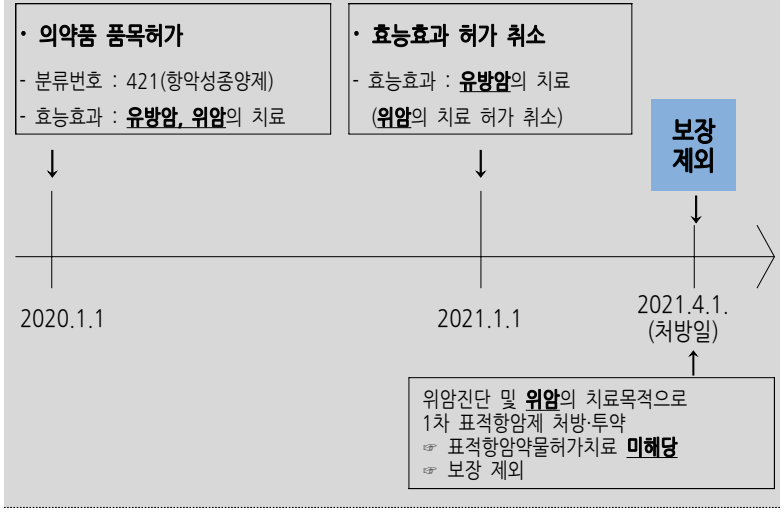
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

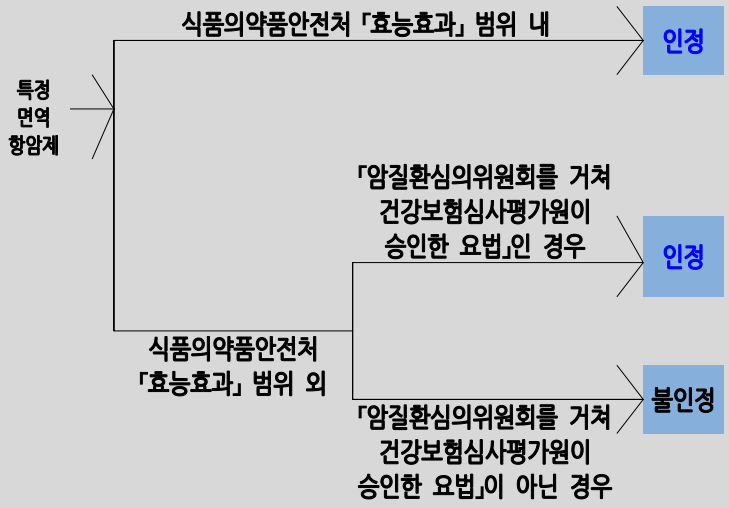
안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



4 1.(보험금의 지급사유)의 비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외) 및 비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)는 특정면역항암제가 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

용어 풀이

특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위



용어 풀이

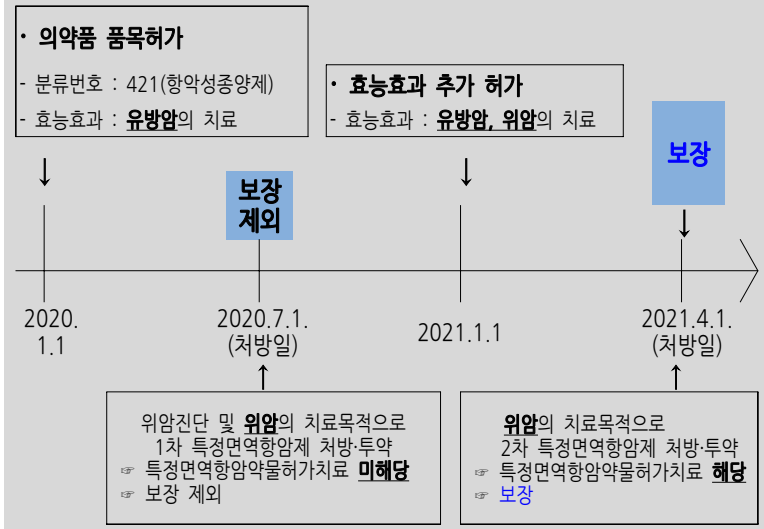
암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

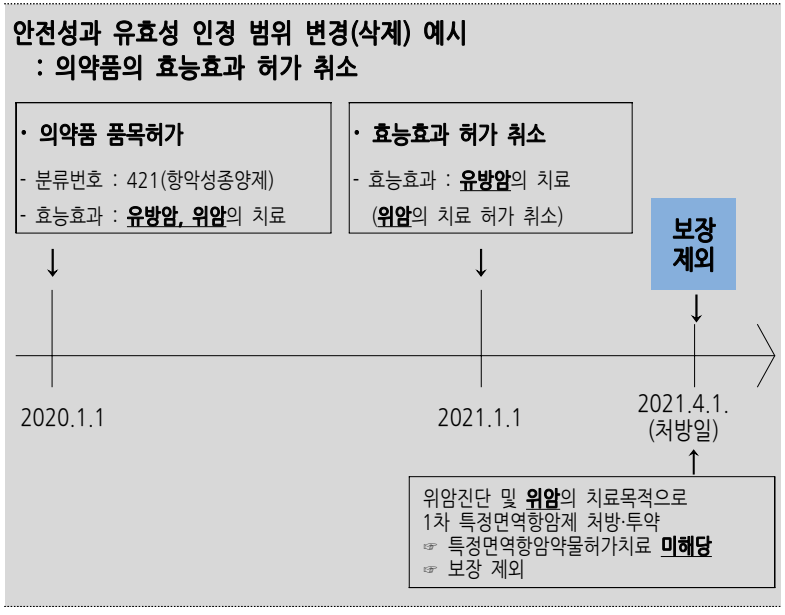
5 4.(“비급여암주요치료(전액본인부담포함)”의 정의)에서 “비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외)를 받은 경우” 및 “비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)를 받은 경우”라 함은 “비급여” 또는 “전액본인부담”에 해당되는 “특정면역항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 10. (“특정면역항암제” 및 “특정면역항암약물허가치료”의 정의) 3에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이



6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "전립선암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조) 중 분류번호 C61에 해당하는 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에서 "특정암"이라 함은 3에서 정한 "갑상선암" 및 4에서 정한 "전립선암"을 말하며 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

6 이 특별약관에서 "암(특정암제외)"라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "갑상선암" 및 4에서 정한 "전립선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 2에서 정한 "기타피부암" 및 3에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

8 "암(특정암제외)", "특정암", "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에

의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)(단, "갑상선암"의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(특정암제외)", "특정암", "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

9 위 8에 따른 "암(특정암제외)", "특정암", "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(특정암제외)", "특정암", "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암(특정암제외)", "특정암", "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("비급여암주요치료(전액본인부담포함)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "비급여암주요치료(전액본인부담포함)" 이라 함은 아래에서 정한 사항과 같습니다.

① "암(특정암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술(특정암제외)"을 받은 경우
② "특정암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술(특정암)"을 받은 경우
③ "암(기타피부암 및 갑상선암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암 및 갑상선암제외)"를 받은 경우
④ "기타피부암 및 갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암 및 갑상선암)"를 받은 경우
⑤ "암(기타피부암 및 갑상선암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외)"를 받은 경우
⑥ "기타피부암 및 갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)"를 받은 경우
⑦ "암(기타피부암 및 갑상선암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외)"를 받은 경우
⑧ "기타피부암 및 갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)"를 받은 경우

2 "비급여암주요치료(전액본인부담포함)"에는 아래에서 정한 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
② 면역력 강화 치료
③ 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
④ 호르몬 관련 치료제
⑤ ① 내지 ④ 이외의 "비급여암주요치료(전액본인부담포함)"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

3 1에서 "비급여"라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」

에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

4 1에서 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

5 1.①의 "비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술(특정암제외)" 및 1.②의 "비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술(특정암)" 은 7.("다빈치로봇 암수술"의 정의)에서 정한 다빈치로봇암수술 중 3 및 4의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

6 1.③의 "비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암 및 갑상선암 제외)" 및 1.④의 "비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암 및 갑상선암)"은 8. ("항암양성자방사선치료"의 정의) 에서 정한 항암양성자방사선치료 중 3 및 4의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

7 1.⑤의 "비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암 제외)" 및 1.⑥의 "비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)"은 9. ("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의)에서 정한 표적항암약물허가치료 중 3 및 4의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

8 1.⑦의 "비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외)" 및 1.⑧의 "비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)"은 10. ("특정면역항암제" 및 "특정면역항암약물허가치료"의 정의)에서 정한 특정면역항암약물허가치료 중 3 및 4의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

5. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암(특정암제외) 및 특정암"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 "암(특정암제외) 및 특정암"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

6. ("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노

바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

7. (“다빈치로봇 암수술”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "다빈치로봇암수술"이란 “암(특정암제외)” 및 “특정암”의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

수가코드	행위명
QZ961	로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinciⓡ

용어 풀이

다빈치로봇암수술

다빈치로봇암수술이란 암(특정암제외) 및 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. (내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

2 1에서 정의하는 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇 암수술"을 받은 것으로 봅니다.

3 1에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수의 개정에 따라 제1항 의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.

4 1에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇 암수술"과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

8. (“항암양성자방사선치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암양성자방사선치료”라 함은 6.(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의) 1에서 정한 “항암방사선치료” 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 “암(기타피부암 및 갑상선암제외)”, “기타피부암 및 갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 “항암방사선치료”를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

9. (“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “표적항암제”라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’ (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 “표적항암제”의 범위에서 제외됩니다.

용어 풀이

호르몬 관련 치료제

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

용어 풀이

표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표40】(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 “표적항암약물허가치료”라 함은 6.(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의) 2에서 정한 “항암약물치료” 중 의료법 제 3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 “암(기타피부암 및 갑상선암제외)”, “기타피부암 및 갑상선암”의 치료를 목적으로 1에서 정한 “표적항암제”를 안정성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음에 해당하는 경우를 말하며, 투약처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’ 으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법
  - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 위 1 에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

10. ("특정면역항암제" 및 "특정면역항암약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "특정면역항암제"라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 "특정면역항암제"의 범위에서 제외됩니다.

① 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
② 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
③ 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

용어 풀이

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric Antigen Receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

용어 풀이

호르몬 관련 치료제

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

용어 풀이

특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내

특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표102】(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 “특정면역항암약물허가치료”라 함은 6.(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의) 2에서 정한 “항암약물치료” 중 의료법 제 3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 “암(기타피부암 및 갑상선암제외)”, “기타피부암 및 갑상선암”의 치료를 목적으로 1에서 정한 “특정면역항암제”를 안정성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음에 해당하는 경우를 말하며, 투약처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’ 으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

“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, 위1에서 정한 "특정면역항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

11. 보험금의 청구

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

가. 비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술(특정암제외) 및 비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술(특정암)의 경우 : 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)”필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 포함

나. 비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료의(기타피부암 및 갑상선암제외) 및 비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료의(기타피부암 및 갑상선암) 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함

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.

용어 풀이

수가코드

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

③ 비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외) 및 비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)의 경우 : 표적항암약물허가치료 증명서

가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

ㄱ. 진단명

ㄴ. 투약한 약제의 제품명

ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부

ㅁ. 급여적용여부

ㅂ. 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

④ 비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외) 및 비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)의 경우 : 특정면역항암약물허가치료 증명서

가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

ㄱ. 진단명

ㄴ. 투약한 약제의 제품명

ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부

ㅁ. 급여적용여부

ㅂ. 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

⑤ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

⑥ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.② 내지 ⑥의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

12. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 비급여암주요치료(전액본인부담포함) 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 “암(특정암제외)”, “특정암”, “암(기타피부암 및 갑상선암제외)”, “기타피부암 및 갑상선암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

13. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 “암(특정암제외)”, “특정암”, “암(기타피부암 및 갑상선암제외)”, “기타피부암 및 갑상선암”에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

14. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

15. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

16. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

185 | 비급여암주요치료비(전액본인부담포함)(연간5천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "비급여암주요치료(전액본인부담포함) 항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여암주요치료(전액본인부담포함)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분		지급횟수	지급금액
비급여암주요치료(전액본인부담포함)	비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술 (특정암제외)	수술당	750만원
	비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술 (특정암)	수술당	150만원
	비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암 및 갑상선암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암 및 갑상선암)	연간1회한	400만원
	비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암)	연간1회한	400만원
	비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암제외)	연간1회한	2,000만원
	비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암)	연간1회한	400만원

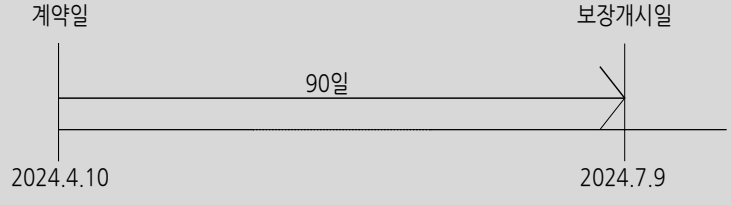
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

비급여암주요치료(전액본인부담포함) 보장개시일

비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 위 1에서 "비급여암주요치료(전액본인부담포함) 항목별 대상질병" 이라 함은 다음과 같습니다.

구 분		대상질병
비급여암주요치료(전액본인부담포함)	비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술 (특정암제외)	암(특정암제외)
	비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술 (특정암)	특정암
	비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암 및 갑상선암제외)	암(기타피부암 및 갑상선암제외)
	비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암 및 갑상선암)	기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암제외)	암(기타피부암 및 갑상선암제외)
	비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암)	기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암제외)	암(기타피부암 및 갑상선암제외)
	비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암)	기타피부암 및 갑상선암

4 1에서 정한 “비급여암주요치료(전액본인부담포함)”의 연간 총 지급액은 5천만원을 한도로 합니다.
연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

5 위 1의 “연간”이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

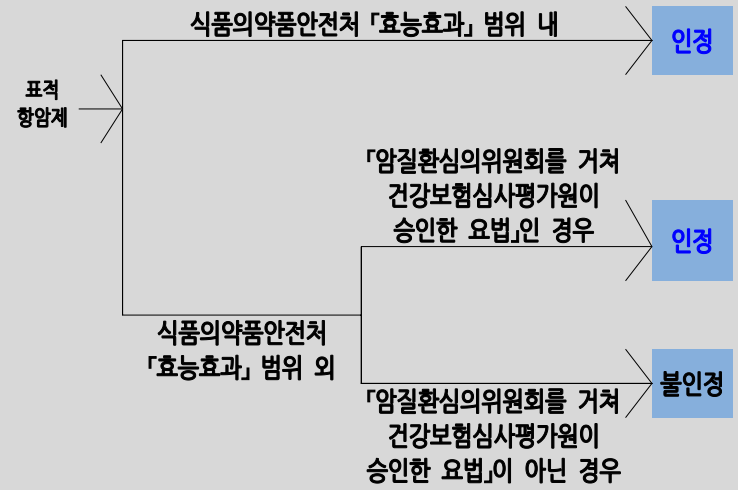
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 비급여암주요치료비(전액본인부담포함)는 치료 항목 구분별로 각각 지급횟수에 한하여 지급 합니다. 다만, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

2 1.(보험금의 지급사유)의 비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외) 및 비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)는 표적항암제가 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

용어 풀이

표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위



용어 풀이

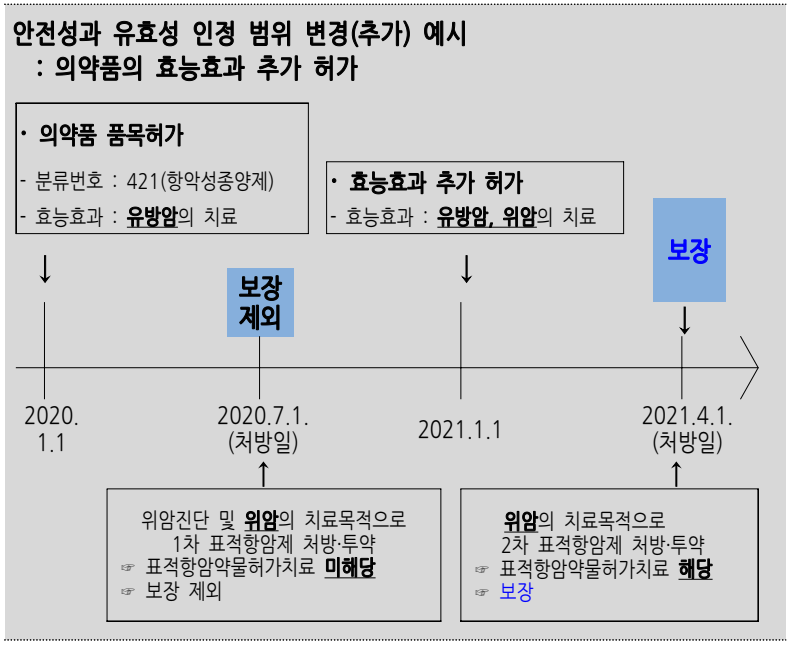
암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

3 4.(“비급여암주요치료(전액본인부담포함)”의 정의)에서 “비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외)를 받은 경우” 및 “비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)를 받은 경우”라 함은 “비급여” 또는 “전액본인부담”에 해당되는 “표적항암제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 9.(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 3에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

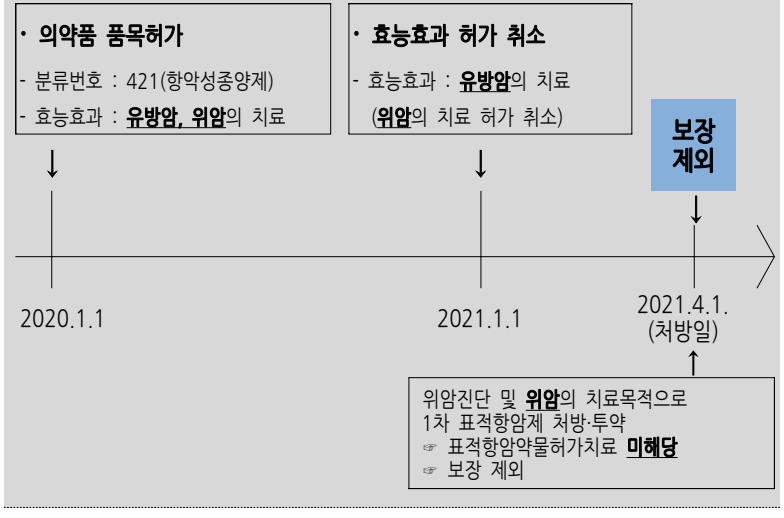
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

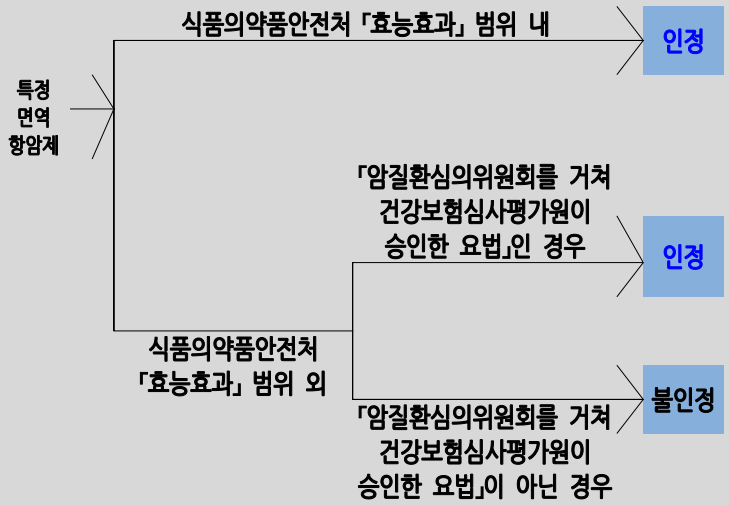
안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



4 1.(보험금의 지급사유)의 비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외) 및 비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)는 특정면역항암제가 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

용어 풀이

특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위



용어 풀이

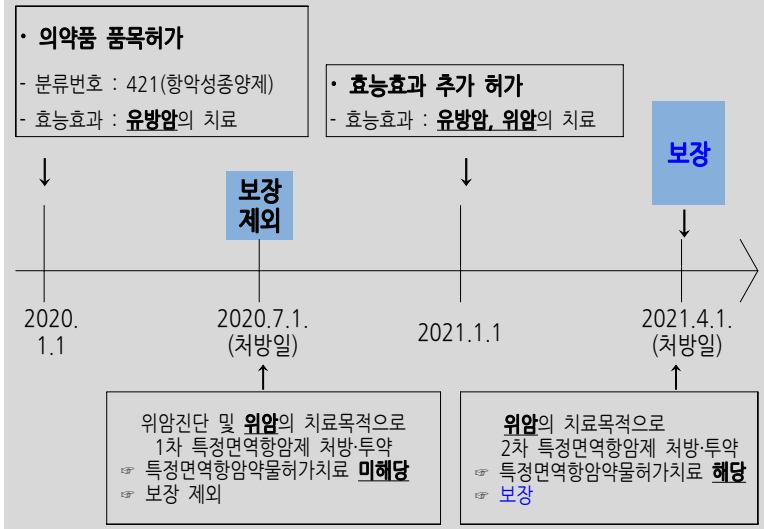
암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

5 4.(“비급여암주요치료(전액본인부담포함)”의 정의)에서 “비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외)를 받은 경우” 및 “비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)를 받은 경우”라 함은 “비급여” 또는 “전액본인부담”에 해당되는 “특정면역항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 10. (“특정면역항암제” 및 “특정면역항암약물허가치료”의 정의) 3에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

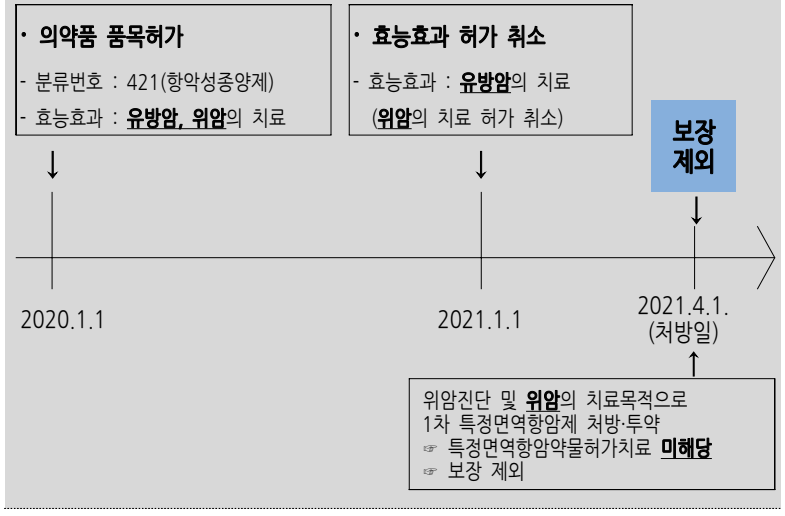
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "전립선암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조) 중 분류번호 C61에 해당하는 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에서 "특정암"이라 함은 3에서 정한 "갑상선암" 및 4에서 정한 "전립선암"을 말하며 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

6 이 특별약관에서 "암(특정암제외)"라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "갑상선암" 및 4에서 정한 "전립선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 2에서 정한 "기타피부암" 및 3에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

8 "암(특정암제외)", "특정암", "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에

의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)(단, "갑상선암"의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(특정암제외)", "특정암", "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

9 위 8에 따른 "암(특정암제외)", "특정암", "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(특정암제외)", "특정암", "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암(특정암제외)", "특정암", "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("비급여암주요치료(전액본인부담포함)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "비급여암주요치료(전액본인부담포함)" 이라 함은 아래에서 정한 사항과 같습니다.

① "암(특정암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술(특정암제외)"을 받은 경우
② "특정암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술(특정암)"을 받은 경우
③ "암(기타피부암 및 갑상선암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암 및 갑상선암제외)"를 받은 경우
④ "기타피부암 및 갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암 및 갑상선암)"를 받은 경우
⑤ "암(기타피부암 및 갑상선암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외)"를 받은 경우
⑥ "기타피부암 및 갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)"를 받은 경우
⑦ "암(기타피부암 및 갑상선암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외)"를 받은 경우
⑧ "기타피부암 및 갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)"를 받은 경우

2 "비급여암주요치료(전액본인부담포함)"에는 아래에서 정한 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
② 면역력 강화 치료
③ 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
④ 호르몬 관련 치료제
⑤ ① 내지 ④ 이외의 "비급여암주요치료(전액본인부담포함)"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

3 1에서 "비급여"라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」

에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

4 1에서 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

5 1.①의 "비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술(특정암제외)" 및 1.②의 "비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술(특정암)" 은 7.("다빈치로봇 암수술"의 정의)에서 정한 다빈치로봇암수술 중 3 및 4의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

6 1.③의 "비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암 및 갑상선암제외)" 및 1.④의 "비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암 및 갑상선암)"은 8. ("항암양성자방사선치료"의 정의) 에서 정한 항암양성자방사선치료 중 3 및 4의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

7 1.⑤의 "비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외)" 및 1.⑥의 "비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)"은 9. ("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의)에서 정한 표적항암약물허가치료 중 3 및 4의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

8 1.⑦의 "비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외)" 및 1.⑧의 "비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)"은 10. ("특정면역항암제" 및 "특정면역항암약물허가치료"의 정의)에서 정한 특정면역항암약물허가치료 중 3 및 4의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

5. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암(특정암제외) 및 특정암"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 "암(특정암제외) 및 특정암"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

6. ("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노

바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

7. (“다빈치로봇 암수술”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "다빈치로봇암수술"이란 “암(특정암제외)” 및 “특정암”의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

수가코드	행위명
QZ961	로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinciⓡ

용어 풀이

다빈치로봇암수술

다빈치로봇암수술이란 암(특정암제외) 및 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. (내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

2 1에서 정의하는 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇 암수술"을 받은 것으로 봅니다.

3 1에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수의 개정에 따라 제1항 의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.

4 1에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇 암수술"과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

8. (“항암양성자방사선치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암양성자방사선치료”라 함은 6.(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의) 1에서 정한 “항암방사선치료” 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 “암(기타피부암 및 갑상선암제외)”, “기타피부암 및 갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 “항암방사선치료”를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

9. (“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “표적항암제”라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’ (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 “표적항암제”의 범위에서 제외됩니다.

용어 풀이

호르몬 관련 치료제

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

용어 풀이

표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표40】(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 “표적항암약물허가치료”라 함은 6.(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의) 2에서 정한 “항암약물치료” 중 의료법 제 3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 “암(기타피부암 및 갑상선암제외)”, “기타피부암 및 갑상선암”의 치료를 목적으로 1에서 정한 “표적항암제”를 안정성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음에 해당하는 경우를 말하며, 투약처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’ 으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법
  - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 위1에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

10. ("특정면역항암제" 및 "특정면역항암약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "특정면역항암제"라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 "특정면역항암제"의 범위에서 제외됩니다.

① 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
② 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
③ 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

용어 풀이

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric Antigen Receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

용어 풀이

호르몬 관련 치료제

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

용어 풀이

특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내

특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표102】(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 “특정면역항암약물허가치료”라 함은 6.(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의) 2에서 정한 “항암약물치료” 중 의료법 제 3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 “암(기타피부암 및 갑상선암제외)”, “기타피부암 및 갑상선암”의 치료를 목적으로 1에서 정한 “특정면역항암제”를 안정성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음에 해당하는 경우를 말하며, 투약처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’ 으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

“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, 위1에서 정한 "특정면역항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

11. 보험금의 청구

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

가. 비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술(특정암제외) 및 비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술(특정암)의 경우 : 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)”필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 포함

나. 비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료의(기타피부암 및 갑상선암제외) 및 비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료의(기타피부암 및 갑상선암) 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함

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.

용어 풀이

수가코드

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

③ 비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외) 및 비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)의 경우 : 표적항암약물허가치료 증명서

가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

ㄱ. 진단명

ㄴ. 투약한 약제의 제품명

ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부

ㅁ. 급여적용여부

ㅂ. 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

④ 비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외) 및 비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)의 경우 : 특정면역항암약물허가치료 증명서

가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

ㄱ. 진단명

ㄴ. 투약한 약제의 제품명

ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부

ㅁ. 급여적용여부

ㅂ. 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

⑤ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

⑥ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.② 내지 ⑥의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

12. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 비급여암주요치료(전액본인부담포함) 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 “암(특정암제외)”, “특정암”, “암(기타피부암 및 갑상선암제외)”, “기타피부암 및 갑상선암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

13. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 “암(특정암제외)”, “특정암”, “암(기타피부암 및 갑상선암제외)”, “기타피부암 및 갑상선암”에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

14. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

15. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

16. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

186 | 비급여암주요치료비(전액본인부담포함)(연간8천만원한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "비급여암주요치료(전액본인부담포함) 항목별 대상질병"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여암주요치료(전액본인부담포함)"를 받은 경우에는 아래에서 정한 각각의 구분에 따라 연간 총 지급액 한도 내에서 보험금을 지급합니다.

구 분		지급횟수	지급금액
비급여암주요치료(전액본인부담포함)	비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술 (특정암제외)	수술당	1,000만원
	비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술 (특정암)	수술당	200만원
	비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암 및 갑상선암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암 및 갑상선암)	연간1회한	600만원
	비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암)	연간1회한	600만원
	비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암제외)	연간1회한	3,000만원
	비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암)	연간1회한	600만원

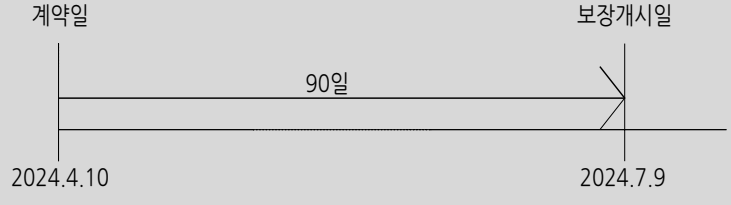
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

비급여암주요치료(전액본인부담포함) 보장개시일

비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 위 1에서 “비급여암주요치료(전액본인부담포함) 항목별 대상질병” 이라 함은 다음과 같습니다.

구 분		대상질병
비급여암주요치료(전액본인부담포함)	비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술 (특정암제외)	암(특정암제외)
	비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술 (특정암)	특정암
	비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암 및 갑상선암제외)	암(기타피부암 및 갑상선암제외)
	비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료 (기타피부암 및 갑상선암)	기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암제외)	암(기타피부암 및 갑상선암제외)
	비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암)	기타피부암 및 갑상선암
	비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암제외)	암(기타피부암 및 갑상선암제외)
	비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료 (기타피부암 및 갑상선암)	기타피부암 및 갑상선암

4 1에서 정한 “비급여암주요치료(전액본인부담포함)”의 연간 총 지급액은 8천만원을 한도로 합니다.
연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

5 위 1의 “연간”이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다.

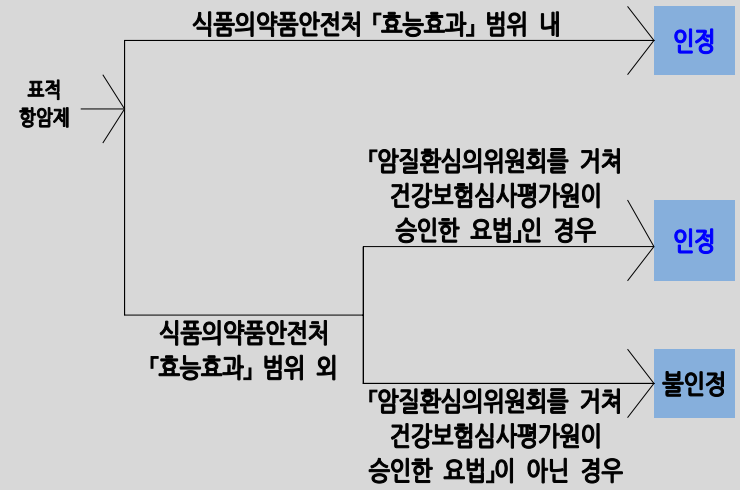
2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 비급여암주요치료비(전액본인부담포함)는 치료 항목 구분별로 각각 지급횟수에 한하여 지급 합니다. 다만, 연간 총 지급액이 한도를 초과하는 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

2 1.(보험금의 지급사유)의 비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외) 및 비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)는 표적항암제가 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

용어 풀이

표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위



용어 풀이

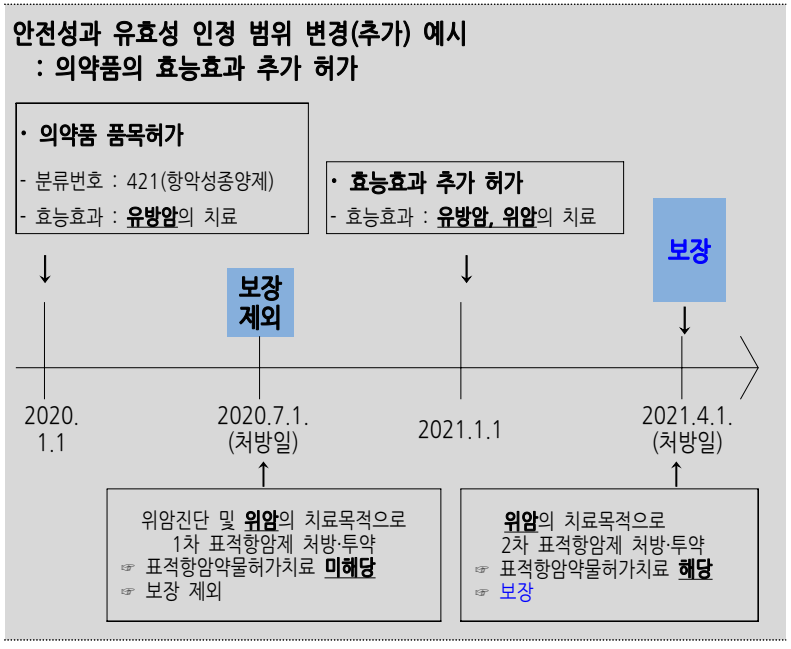
암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

3 4.(“비급여암주요치료(전액본인부담포함)”의 정의)에서 “비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외)를 받은 경우” 및 “비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)를 받은 경우”라 함은 “비급여” 또는 “전액본인부담”에 해당되는 “표적항암제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 9.(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 3에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

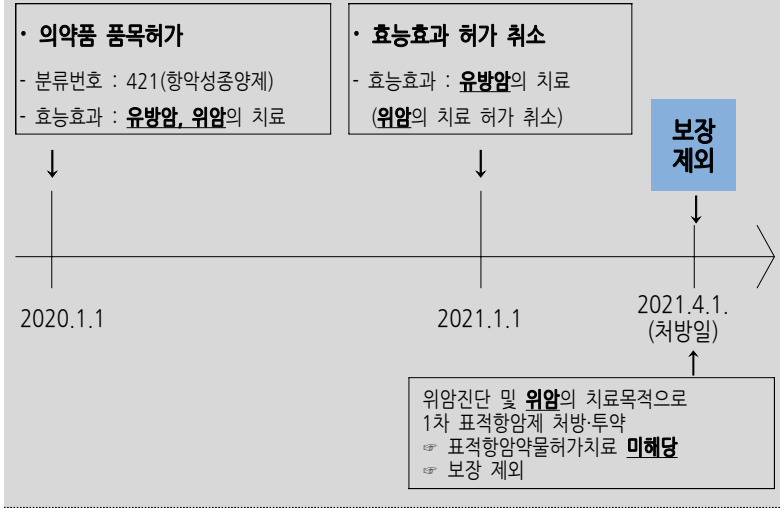
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

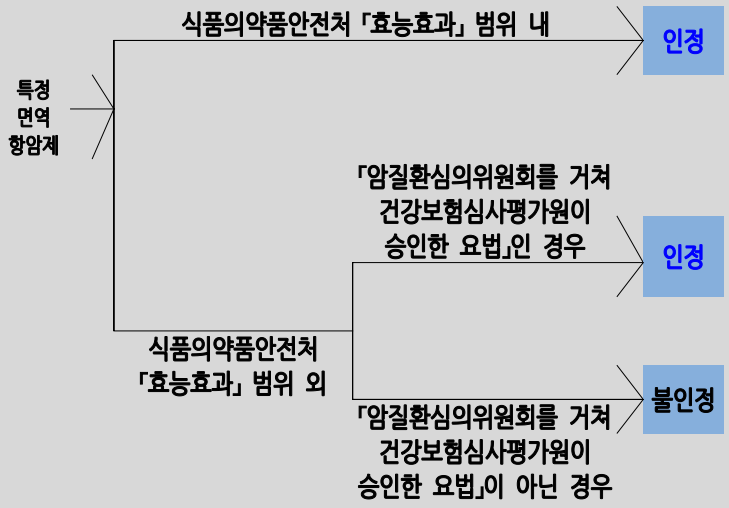
안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



4 1.(보험금의 지급사유)의 비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외) 및 비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)는 특정면역항암제가 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

용어 풀이

특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위



용어 풀이

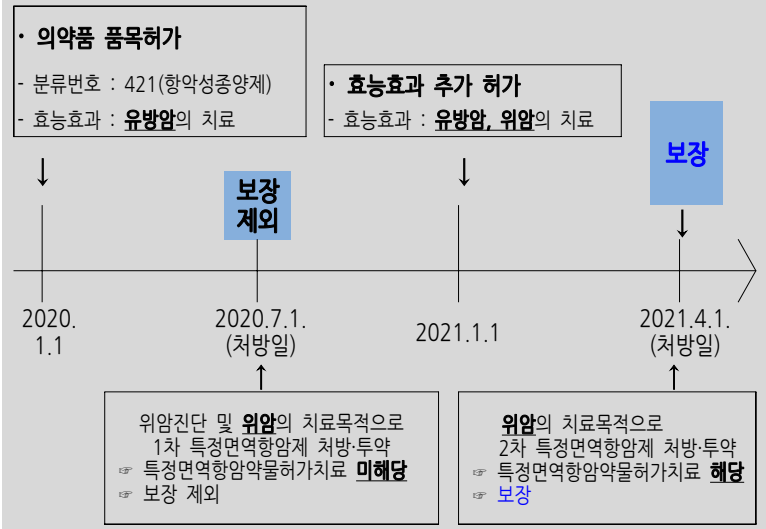
암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

5 4.(“비급여암주요치료(전액본인부담포함)”의 정의)에서 “비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외)를 받은 경우” 및 “비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)를 받은 경우”라 함은 “비급여” 또는 “전액본인부담”에 해당되는 “특정면역항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 10. (“특정면역항암제” 및 “특정면역항암약물허가치료”의 정의) 3에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

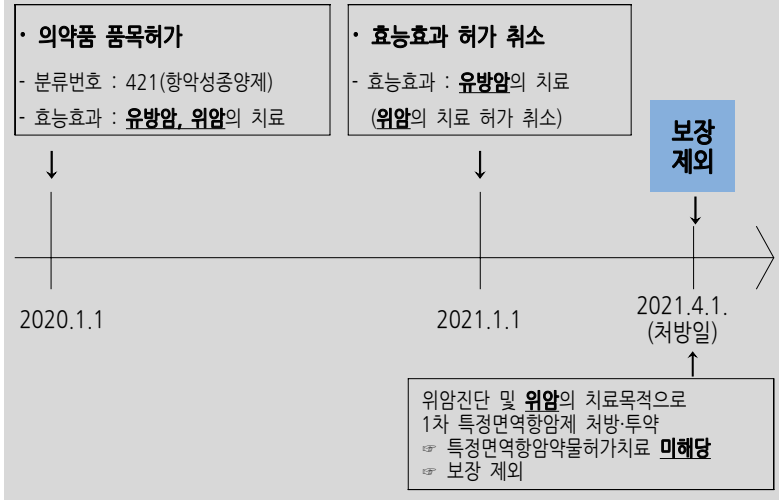
용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(추가) 예시
: 의약품의 효능효과 추가 허가



용어 풀이

안전성과 유효성 인정 범위 변경(삭제) 예시
: 의약품의 효능효과 허가 취소



6 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 "전립선암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조) 중 분류번호 C61에 해당하는 질병을 말합니다.

5 이 특별약관에서 "특정암"이라 함은 3에서 정한 "갑상선암" 및 4에서 정한 "전립선암"을 말하며 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

6 이 특별약관에서 "암(특정암제외)"라 함은 1에서 정한 "암"에서 3에서 정한 "갑상선암" 및 4에서 정한 "전립선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

7 이 특별약관에 있어서 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"이라 함은 1에서 정한 "암"에서 2에서 정한 "기타피부암" 및 3에서 정한 "갑상선암"을 제외한 질병을 말합니다. 또한, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

8 "암(특정암제외)", "특정암", "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에

의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)(단, "갑상선암"의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 "암(특정암제외)", "특정암", "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

9 위 8에 따른 "암(특정암제외)", "특정암", "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(특정암제외)", "특정암", "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암(특정암제외)", "특정암", "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("비급여암주요치료(전액본인부담포함)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "비급여암주요치료(전액본인부담포함)" 이라 함은 아래에서 정한 사항과 같습니다.

① "암(특정암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술(특정암제외)"을 받은 경우
② "특정암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술(특정암)"을 받은 경우
③ "암(기타피부암 및 갑상선암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암 및 갑상선암제외)"를 받은 경우
④ "기타피부암 및 갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암 및 갑상선암)"를 받은 경우
⑤ "암(기타피부암 및 갑상선암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외)"를 받은 경우
⑥ "기타피부암 및 갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)"를 받은 경우
⑦ "암(기타피부암 및 갑상선암제외)"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외)"를 받은 경우
⑧ "기타피부암 및 갑상선암"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)"를 받은 경우

2 "비급여암주요치료(전액본인부담포함)"에는 아래에서 정한 사항은 포함되지 않습니다.

① 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
② 면역력 강화 치료
③ 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
④ 호르몬 관련 치료제
⑤ ① 내지 ④ 이외의 "비급여암주요치료(전액본인부담포함)"와 관련이 없는 각종 비용(진찰료,입원료,마취료,검사료 등)

3 1에서 "비급여"라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」

에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

4 1에서 "전액본인부담"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

5 1.①의 "비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술(특정암제외)" 및 1.②의 "비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술(특정암)" 은 7.("다빈치로봇 암수술"의 정의)에서 정한 다빈치로봇암수술 중 3 및 4의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

6 1.③의 "비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암 및 갑상선암제외)" 및 1.④의 "비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료(기타피부암 및 갑상선암)"은 8. ("항암양성자방사선치료"의 정의) 에서 정한 항암양성자방사선치료 중 3 및 4의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

7 1.⑤의 "비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외)" 및 1.⑥의 "비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)"은 9. ("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의)에서 정한 표적항암약물허가치료 중 3 및 4의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

8 1.⑦의 "비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외)" 및 1.⑧의 "비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)"은 10. ("특정면역항암제" 및 "특정면역항암약물허가치료"의 정의)에서 정한 특정면역항암약물허가치료 중 3 및 4의 비급여 또는 전액본인부담에 해당하는 경우를 말합니다.

5. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암(특정암제외) 및 특정암"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 "암(특정암제외) 및 특정암"의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에 "항암방사선치료" 와 "항암약물치료"는 포함되지 않습니다.

4 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

6. ("항암방사선치료" 및 "항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것(이하 "항암방사선치료"라 합니다)을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암(기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암 및 갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법(면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노

바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외됩니다)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것(이하 “항암약물치료”라 합니다)을 말합니다.

7. (“다빈치로봇 암수술”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "다빈치로봇암수술"이란 “암(특정암제외)” 및 “특정암”의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

수가코드	행위명
QZ961	로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinciⓡ

용어 풀이

다빈치로봇암수술

다빈치로봇암수술이란 암(특정암제외) 및 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다. (내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

2 1에서 정의하는 수가코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇 암수술"을 받은 것으로 봅니다.

3 1에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수의 개정에 따라 제1항 의 "수가코드"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 개정된 기준을 따릅니다.

4 1에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "다빈치로봇 암수술"과 동일한 의료행위에 해당하는 수가코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

8. (“항암양성자방사선치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암양성자방사선치료”라 함은 6.(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의) 1에서 정한 “항암방사선치료” 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 피보험자의 “암(기타피부암 및 갑상선암제외)”, “기타피부암 및 갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 “항암방사선치료”를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

9. (“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의)

1 이 특별약관에서 “표적항암제”라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’ (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 “표적항암제”의 범위에서 제외됩니다.

용어 풀이

호르몬 관련 치료제

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

용어 풀이

표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표40】(표적항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 “표적항암약물허가치료”라 함은 6.(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의) 2에서 정한 “항암약물치료” 중 의료법 제 3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 “암(기타피부암 및 갑상선암제외)”, “기타피부암 및 갑상선암”의 치료를 목적으로 1에서 정한 “표적항암제”를 안정성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음에 해당하는 경우를 말하며, 투약처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’ 으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

"안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr)
  - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr)
  - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법
  - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 표적항암제의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 위1에서 정한 "표적항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

10. ("특정면역항암제" 및 "특정면역항암약물허가치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "특정면역항암제"라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 "특정면역항암제"의 범위에서 제외됩니다.

① 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
② 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
③ 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

용어 풀이

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric Antigen Receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

용어 풀이

호르몬 관련 치료제

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

용어 풀이

특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내

특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 【별표102】(특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

2 이 특별약관에 있어서 “특정면역항암약물허가치료”라 함은 6.(“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”의 정의) 2에서 정한 “항암약물치료” 중 의료법 제 3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 “암(기타피부암 및 갑상선암제외)”, “기타피부암 및 갑상선암”의 치료를 목적으로 1에서 정한 “특정면역항암제”를 안정성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

3 2의 “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음에 해당하는 경우를 말하며, 투약처방 시점의 기준을 적용합니다.

① 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우

② 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’ 으로 사용된 경우

용어 풀이

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

용어 풀이

“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, 위1에서 정한 "특정면역항암제" 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

11. 보험금의 청구

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

가. 비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술(특정암제외) 및 비급여(전액본인부담포함) 다빈치로봇암수술(특정암)의 경우 : 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)”필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 포함

나. 비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료의(기타피부암 및 갑상선암제외) 및 비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료의(기타피부암 및 갑상선암) 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함

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.

용어 풀이

수가코드

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

③ 비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외) 및 비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)의 경우 : 표적항암약물허가치료 증명서

가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

ㄱ. 진단명

ㄴ. 투약한 약제의 제품명

ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부

ㅁ. 급여적용여부

ㅂ. 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

④ 비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암제외) 및 비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암)의 경우 : 특정면역항암약물허가치료 증명서

가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

ㄱ. 진단명

ㄴ. 투약한 약제의 제품명

ㄷ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

ㄹ. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부

ㅁ. 급여적용여부

ㅂ. 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

⑤ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

⑥ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.② 내지 ⑥의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

12. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 비급여암주요치료(전액본인부담포함) 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 “암(특정암제외)”, “특정암”, “암(기타피부암 및 갑상선암제외)”, “기타피부암 및 갑상선암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

13. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 “암(특정암제외)”, “특정암”, “암(기타피부암 및 갑상선암제외)”, “기타피부암 및 갑상선암”에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

14. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

15. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

16. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

187 | 암주요재활치료비II(급여,1일1회,연간10회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 "암"으로 진단확정 되고, 입원 중에 "암주요재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "입원 암주요재활치료(급여)"라 합니다) 또는 통원하여 "암주요재활치료(급여)"를 받은 경우(이하 "통원 암주요재활치료(급여)"라 합니다) 각각 1일 1회에 한하여 다음의 금액을 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
입원 암주요재활치료(급여) 통원 암주요재활치료(급여)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
입원 암주요재활치료(급여) 통원 암주요재활치료(급여)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

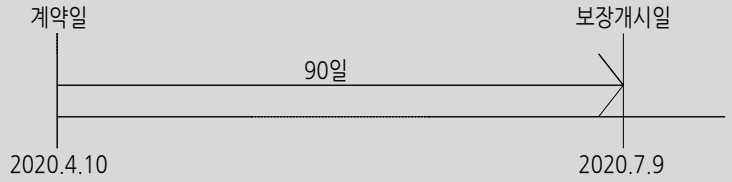
2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분	보장개시일(책임개시일)
비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우	보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날
갱신형(갱신계약)의 경우	이 특별약관의 갱신일

예시

암 보장개시일

- 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우



3 위 1에도 불구하고 "입원 암주요재활치료(급여)"와 "통원 암주요재활치료(급여)"를 합산하여 연간 10회한도로 보장합니다.

4 위 3의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 보험기간 시작일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료일자로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("암" 의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

3 위 2에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암"의 진단이 가능하지 않을 때

- 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. ("입원" 및 "통원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다. 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("암주요재활치료(급여)"의 정의)

1 이 특별약관에서 "암주요재활치료(급여)"라 함은 암 자체 또는 암 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「암주요재활치료(급여) 대상 수가코드」(【별표103】 암주요재활치료(급여) 대상 수가코드 참조. 이하 같습니다)에 해당하는 진료행위를 말합니다. 다만, 이 특약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 암주요재활치료(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3 위 1의 "암주요재활치료(급여)"은 「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 암주요재활치료(급여)를 받은 경우는 보장하지 않습니다.

6. (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진료기록부 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

7. (특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29.(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

188 | MRI검사지원비Ⅱ(3대질병,급여,연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「3대질병」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 3.("급여촬영"의 정의 및 장소)에서 정한 급여촬영을 받은 경우 연간 1회한도로 촬영 의료행위 당 다음과 같이 MRI검사지원비(3대질병, 급여, 연간1회한)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
MRI검사지원비(3대질병,급여,연간1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
MRI검사지원비 (3대질병,급여,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 “연간”이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 3.(“급여촬영”의 정의 및 장소)에서 정한 촬영을 받은 연, 월, 일로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (“급여촬영”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “급여촬영”이라 함은 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상진단(MRI)을 사용하는 촬영 의료행위를 말합니다.

용어 풀이

자기공명영상진단(MRI)

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

의료행위

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

2 위 1의 급여촬영은 「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 위 1의 급여촬영은 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 위 4에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 자기공명영상진단(MRI)을 사용하는 촬영 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.

4. (“3대질병”의 정의 및 진단)

1 이 특별약관에서 “3대질병”이라 함은 「3대질병 분류표」(【별표104】3대질병 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 3대질병의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

5. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 진료비계산서 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

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

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

189 | CT,MRI,초음파,뇌파,뇌척수액검사지원비II (뇌심장질환,급여,연간1회한)(맞춤간편고지) (비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「뇌심질환」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 4.("급여 뇌심질환 검사"의 정의 및 장소)에서 정한 의료행위를 받은 경우 연간 1회한도로 다음과 같이 CT,MRI,초음파,뇌파,뇌척수액검사지원비(뇌심장질환, 급여, 연간1회한)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
CT,MRI,초음파,뇌파,뇌척수액검사지원비(뇌심장질환, 급여, 연간1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
CT,MRI,초음파,뇌파,뇌척수액검사지원비(뇌심장질환, 급여, 연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 4.("급여 뇌심질환 검사"의 정의 및 장소)에서 정한 의료행위를 받은 연, 월, 일로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("뇌심질환"의 정의 및 진단)

1 이 특별약관에서 “뇌심질환”이라 함은 「뇌심질환 분류표」(【별표105】뇌심질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

2 뇌심질환의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

4. (“급여 뇌심질환 검사”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “급여 뇌심질환 검사”라 함은 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 ‘뇌심질환’의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 「급여 뇌심질환 검사 분류표」(【별표106】 급여 뇌심질환 검사 분류표 참조. 이하 같습니다)에 해당하는 뇌CT, 심장CT, 뇌MRI, 심장MRI, 심장초음파, 뇌파검사, 뇌척수액검사 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

용어 풀이

의료행위

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

2 위 1의 “급여 뇌심질환 검사”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 위 1의 “급여 뇌심질환 검사”는 진료비세부내역서 상 「급여 뇌심질환 검사 분류표」(【별표106】 급여 뇌심질환 검사 분류표 참조. 이하 같습니다)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

4 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

5 위 4에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 검사 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

5. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진료기록부 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

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

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입

하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

190 | 혈관조영술검사지원비Ⅱ(뇌심장질환,급여,연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

[1] 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「뇌심질환」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 4.("급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술"의 정의 및 장소)에서 정한 의료행위를 받은 경우 연간 1회한도로 다음과 같이 혈관조영술검사지원비(뇌심장질환,급여,연간1회한)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
혈관조영술검사 지원비(뇌심장질환, 급여,연간1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
혈관조영술검사지원비 (뇌심장질환,급여,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

[2] 위 [1]의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 4.("급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술"의 정의 및 장소)에서 정한 의료행위를 받은 연, 월, 일로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

[1] 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("뇌심질환"의 정의 및 진단)

[1] 이 특별약관에서 "뇌심질환"이라 함은 「뇌심질환 분류표」(【별표105】뇌심질환 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 질병을 말합니다.

[2] 뇌심질환의 진단은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

4. ("급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술"의 정의 및 장소)

[1] 이 특별약관에서 "급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술"이라 함은 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 "뇌심질환"의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술 분류표(【별표107】 급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술 분류표 참조. 이하 같습니다)에 해당하는 급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

용어 풀이

의료행위

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

[2] 위 [1]의 "급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술"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] 위 [1]의 "급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술"은 진료비세부내역서 상 급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술 분류표(【별표107】 급여 뇌혈관조영술 및 관상동

맥조영술 분류표 참조. 이하 같습니다)에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

4 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

5 위 4에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 검사 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

5. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진료기록부 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

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

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) 2 및 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

191 | 간병인사용질병입원일당II(요양병원제외)(1일이상180일한도)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 6. (간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)으로 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급기준	경과기간	지급금액
간병인사용 질병입원일당 (요양병원제외) (1일이상180일 한도)	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
		보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 50%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급기준	지급금액
간병인사용 질병입원일당 (요양병원제외) (1일이상180일한도)	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%

2 위 1의 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도 내에서 산정합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유) 1의 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.

보험 지식

간병인사용 질병입원일당(요양병원제외) 보장사례 (가입금액 2만원 기준)

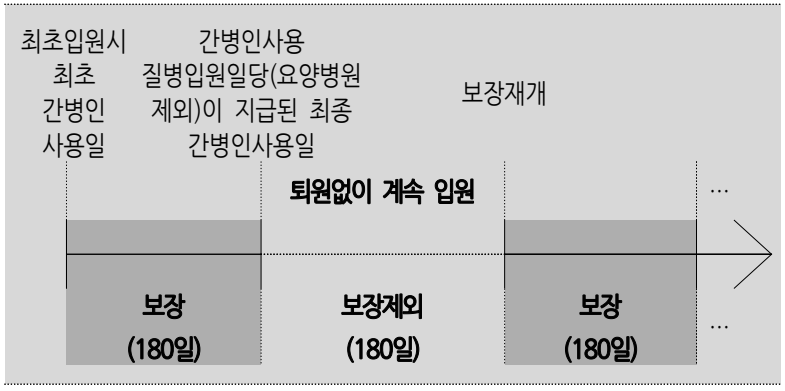
- 입원기간 : 2021년 10월 1일 ~ 10월 30일 (30일)
- 간병인 사용일 및 사용금액
  - 2021년 10월 11일 ~ 10월 17일 (사용일수 7일), 총77만원
    (1일당 평균 11만원 사용, 7만원 이상에 해당)
    → **가입금액(2만원) × 7일 = 14만원 지급**
  - 2021년 10월 21일 ~ 10월 24일 오전, 10월 24일 오후,
    10월 25일 오후 ~ 10월 27일 (사용일수 7일), 총42만원
    (1일당 평균 6만원 사용, 7만원 미만에 해당)
    → **가입금액(2만원) × 50% × 7일 = 7만원 지급**

=> 총 지급 보장금액 : 14만원 + 7만원 = 21만원

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1. (보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 최종 간병인사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 지급된 최종 간병인사용일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)이 지급된 최종 간병인사용일의 그다음 날을 퇴원일로 봅니다.

보험 지식



4 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 1. (보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

7 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

② 성병

③ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

④ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

⑤ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술

⑦ 정상분만, 치과질환

3 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)은 지급하지 않습니다.

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("요양병원"의 정의)

"요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 요양병원을 말합니다.

6. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개

서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시

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

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 6. (간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)

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

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

⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

192 | 간병인사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 치료를 목적으로 "요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"을 제외한 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 181일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 6. (간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 181일째 입원일로부터 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)으로 지급합니다.

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

2 1의 간병인사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)의 지급일수는 1회 입원당 185일 한도 내에서 산정합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유) 1의 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.

예시

간병인사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상) 보장사례 (가입금액 2만원 기준)

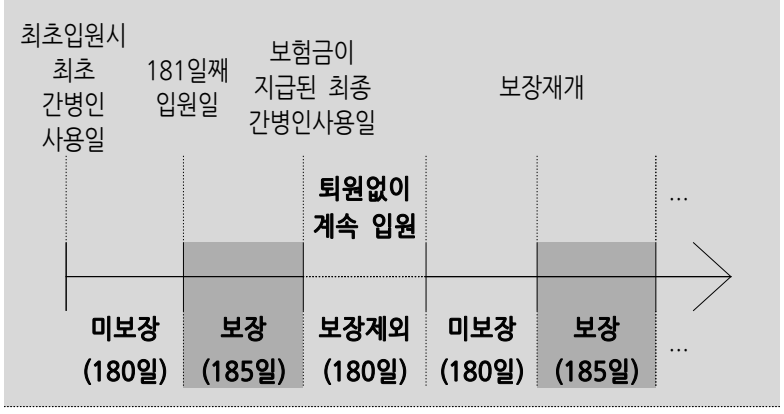
- 입원기간 : 2024년 2월 1일 ~ 8월 31일
- 간병인 사용일 및 사용금액
  - 2024년 2월 1일 ~ 8월 15일 (사용일수 197일), 총1,576만원
    (1일당 평균 8만원 사용, 7만원 이상에 해당)
    → **가입금액(2만원) × 17일(197일-180일) = 34만원 지급**
  - 2024년 8월 20일 ~ 8월 25일 (사용일수 6일), 총36만원
    (1일당 평균 6만원 사용, 7만원 미만에 해당)
    → **가입금액(2만원) × 50% × 6일 = 6만원 지급**

=> 총 지급 보장금액 : 34만원 + 6만원 = 40만원

2 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원("요양병원", "정신병원" 및 "한방병원" 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 1. (보험금의 지급사유) 1을 적용합니다.

3 2에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)이 지급된 최종입원의 최종 간병인사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만 아래와 같이 간병인사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)이 지급된 최종 간병인사용일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)이 지급된 최종 간병인사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

예시



4 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 1. (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6 1. (보험금의 지급사유)에서 지급일수는 병원("요양병원", "정신병원" 및 "한방병원" 제외) 또는 의원에 입원하던 중 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

7 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는

보험금을 지급하지 않습니다.
① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
② 성병
③ 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
④ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
⑤ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
⑥ 위생관리, 미모를 위한 성형수술
⑦ 정상분만, 치과질환

3 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 1. (보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일이상)은 지급하지 않습니다.

4. ("입원"의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 「병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우입니다.
자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

5. ("요양병원", "정신병원" 및 "한방병원"의 정의)

1 이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.
2 이 특별약관에서 "정신병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 정신병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 정신병원을 말합니다.
3 이 특별약관에서 "한방병원"이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원을 말합니다.

6. (간병인의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "간병인"이라 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 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
2 위 1의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 "직업안정법"상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.
3 위 1에서 "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.

용어 풀이

간병인의 주요업무 예시
침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

7. (보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서 (회사 양식)
② 사고증명서 (진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 6. (간병인의 정의)에서 정한 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, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

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

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

⑥ 회사는 간병인과 피보험자와의 관계 및 간병여부 등을 확인할 수 있는 추가 서류를 요청할 수 있습니다.

⑦ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

8. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

9. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

10. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않으며, 보통약관 15. (계약 후 알릴 의무)는 적용하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

특별약관

제3장
질병 및 상해
관련

어려운 용어는 **프로미라이프 용어사전** 참고 ····· 44
인용 법규는 **약관에서 인용한 법규** 참고 ····· 998

용어	정의
갱신형	일정 기간을 주기로 보험기간이 자동 갱신되는 형태를 말합니다. 이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보험증권에 갱신 주기를 기재하여 드립니다. 예시) 3년/10년/20년/30년 만기 자동갱신
비갱신형	만기까지 갱신되지 않고 보장이 지속되는 형태를 말합니다. 예시) 80세/90세/100세 만기

1 | 등급별 골절 및 특정외상진단비 I (1~6급, 연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해 또는 질병으로 골절 및 특정외상 분류표(【별표24】「골절 및 특정외상 분류표」 참조)에서 정한 골절 및 특정외상으로 진단 확정되고, 골절 및 특정외상 등급분류기준표(【별표25】「골절 및 특정외상 등급분류기준표」 참조)에 해당하는 경우, 해당등급에 따라 각각 연간 1회에 한하여 아래와 같이 등급별 골절 및 특정외상진단비 I 로 지급합니다.

부상등급	지급금액	예시 [보험가입금액 50만원 기준]
1급	보험가입금액 지급	50만원
2급	보험가입금액의 4/5 지급	40만원
3급	보험가입금액의 3/5 지급	30만원
4급	보험가입금액의 2/5 지급	20만원
5급	보험가입금액의 1/5 지급	10만원
6급	보험가입금액의 1/5 지급	10만원

2 위 1에서 "연간" 이란 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 등급별 골절 및 특정외상진단비 I 는 동일한 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 또는 특정외상 상태가 발생한 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 골절 또는 특정외상을 기준으로 연간 1회에 한하여 지급합니다. 다만, 1. (보험금의 지급사유) 2에서 정한 "연간"에 이미 보험금이 지급된 등급이 있는 경우, 그 보험금이 지급된 등급을 제외 하고 가장 높은 등급에 해당하는 골절 및 특정외상을 기준으로 등급별 골절 및 특정외상진단비 I 를 지급 합니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

보험 지식

등급별 골절 및 특정외상진단비 I (1~6급, 연간1회한) 보장예시

[가입금액 50만원 예시]

	1급	2급	3급	4급	5급	6급
지급금액	50만원	40만원	30만원	20만원	10만원	10만원

사례1)

○ 하나의 상해사고로 다음과 같이 진단을 받은 경우
S42.2, S82.0

진단	진단명 및 골절등급
S42.2	상완골 상단의 골절 (3등급)
S82.0	무릎뼈의 골절 (4등급)

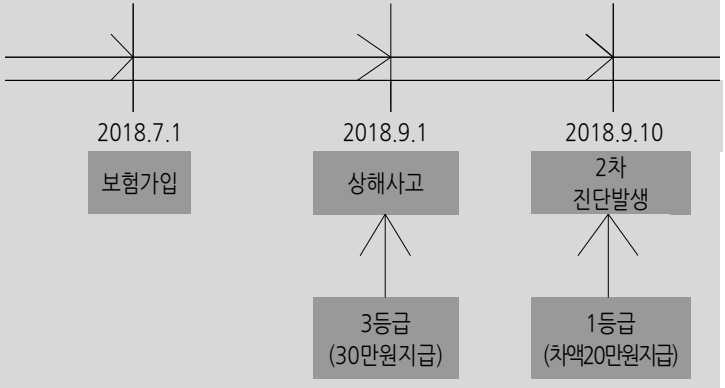
→ 높은 등급에 해당하는 3등급 보험금 지급 (30만원 지급)

보험 지식

사례2)

○ 상해사고로 3등급인 S02.2(비골의 골절) 진단시
3등급에 해당하는 보험금 지급 (30만원 지급)

○ 같은 상해사고로 1등급인 S06.4(경막외출혈) 2차 진단시
1등급에 해당하는 보험금과 3등급 보험금의 차액지급
(50만원 - 30만원 = 20만원)

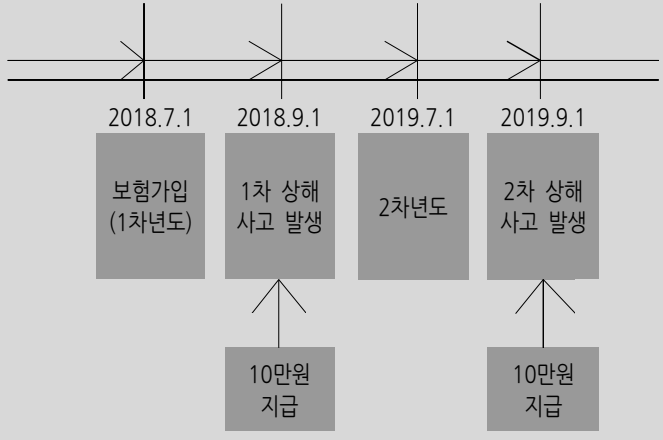


보험 지식

사례3)

○ 첫 해 상해사고로 S92.5(기타 발가락의 골절) 진단시
5등급에 해당하는 보험금 지급 (10만원 지급)

○ 다음 해 상해사고로 T02.4(양쪽 팔의 여러부위를침범한 골절) 진단시
5등급에 해당하는 보험금 지급 (10만원 지급)

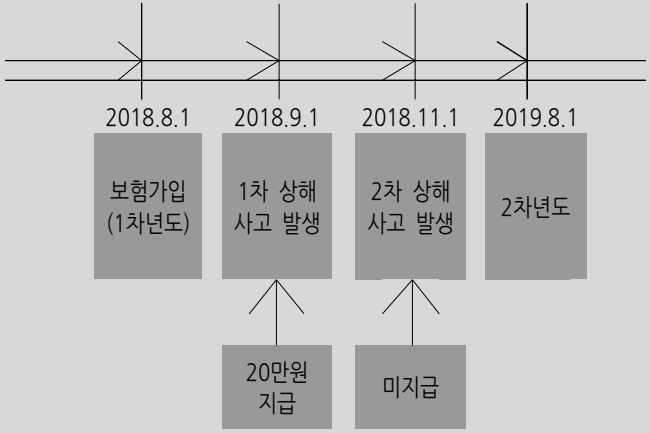


보험 지식

사례4)

○ 첫 해 상해사고로 S22.3(늑골골절) 진단시
4등급에 해당하는 보험금 지급 (20만원 지급)

○ 같은 해 상해사고로 S14.5(경부교감신경의 손상) 진단시
4등급에 해당하는 보험금 미지급



3. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

4. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

2 | 등급별 골절 및 특정외상진단비Ⅱ(1~6급, 연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해 또는 질병으로 골절 및 특정외상 분류표(【별표24】「골절 및 특정외상 분류표」 참조)에서 정한 골절 및 특정외상으로 진단 확정되고, 골절 및 특정외상 등급분류기준표(【별표25】「골절 및 특정외상 등급분류기준표」 참조)에 해당하는 경우, 해당등급에 따라 각각 연간 1회에 한하여 아래와 같이 등급별 골절 및 특정외상진단비Ⅱ로 지급합니다.

부상등급	지급금액	예시 [보험가입금액 500만원 기준]
1급	보험가입금액 지급	500만원
2급	보험가입금액의 2/5 지급	200만원
3급	보험가입금액의 1/5 지급	100만원
4급	보험가입금액의 1/10 지급	50만원
5급	보험가입금액의 3/50 지급	30만원
6급	보험가입금액의 1/25 지급	20만원

2 위 1에서 "연간" 이란 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 등급별 골절 및 특정외상진단비Ⅱ는 동일한 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 또는 특정외상 상태가 발생한 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 골절 또는 특정외상을 기준으로 연간 1회에 한하여 지급합니다. 다만, 1. (보험금의 지급사유) 2에서 정한 "연간"에 이미 보험금이 지급

된 등급이 있는 경우, 그 보험금이 지급된 등급을 제외 하고 가장 높은 등급에 해당하는 골절 및 특정외상을 기준으로 등급별 골절 및 특정외상진단비Ⅱ를 지급 합니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

보험 지식

등급별 골절 및 특정외상진단비Ⅱ(1~6급, 연간1회한) 보장예시

[가입금액 500만원 기준]

	1급	2급	3급	4급	5급	6급
지급금액	500만원	200만원	100만원	50만원	30만원	20만원

사례1)

○ 하나의 상해사고로 다음과 같이 진단을 받은 경우
S42.2, S82.0

진단	진단명 및 골절등급
S42.2	상완골 상단의 골절 (3등급)
S82.0	무릎뼈의 골절 (4등급)

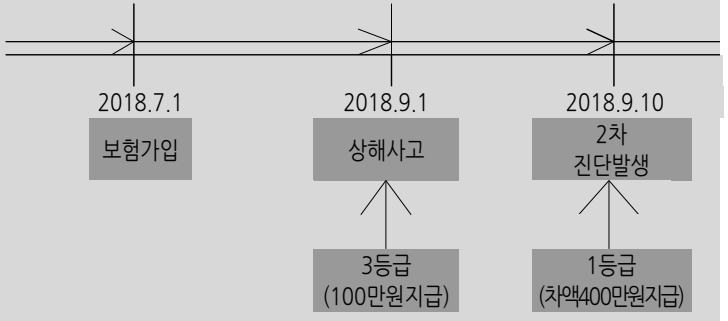
→ 높은 등급에 해당하는 3등급 보험금 지급 (100만원 지급)

보험 지식

사례2)

○ 상해사고로 3등급인 S02.2(비골의 골절) 진단시
3등급에 해당하는 보험금 지급 (100만원 지급)

○ 같은 상해사고로 1등급인 S06.4(경막외출혈) 2차 진단시
1등급에 해당하는 보험금과 3등급 보험금의 차액지급
(500만원 - 100만원 = 400만원)



보험 지식

사례3)

○ 첫 해 상해사고로 S92.5(기타 발가락의 골절) 진단시 5등급에 해당하는 보험금 지급 (30만원 지급)

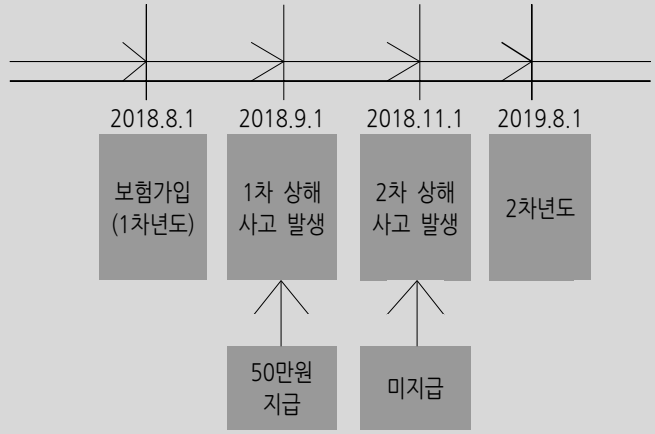
○ 다음 해 상해사고로 T02.4(양쪽 팔의 여러부위를침범한 골절) 진단시 5등급에 해당하는 보험금 지급 (30만원 지급)

보험 지식

사례4)

○ 첫 해 상해사고로 S22.3(늑골골절) 진단시 4등급에 해당하는 보험금 지급 (50만원 지급)

○ 같은 해 상해사고로 S14.5(경부교감신경의 손상) 진단시 4등급에 해당하는 보험금 미지급



3. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

4. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

3 | 등급별 골절 및 특정외상수술비 I (1~6급, 연간1회한)(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해 또는 질병으로 골절 및 특정외상 분류표(【별표24】「골절 및 특정외상 분류표」 참조)에서 정한 골절 및 특정외상으로 진단 확정 후 그 치료를 목적으로 수술을 받은 경우, 골절 및 특정외상 등급분류기준표(【별표25】「골절 및 특정외상 등급분류기준표」 참조)에 해당하는 등급에 따라 각각 연간 1회에 한하여 아래와 같이 등급별 골절 및 특정외상수술비 I 로 지급합니다.

부상등급	지급금액	예시 [보험가입금액 60만원 기준]
1급	보험가입금액 지급	60만원
2급	보험가입금액의 2/3 지급	40만원
3급	보험가입금액의 1/2 지급	30만원
4급	보험가입금액의 1/3 지급	20만원
5급	보험가입금액의 1/6 지급	10만원
6급	보험가입금액의 1/6 지급	10만원

② 위 ①에서 "연간" 이란 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지 기간을 말합니다.

③ 위 ①의 등급별 골절 및 특정외상수술비 I 는 동일한 상해 또는 질병으로 인한 골절을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 등급별 골절 및 특정외상수술비 I 만 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 1. (보험금의 지급사유)의 등급별 골절 및 특정외상수술비 I 는 동일한 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 또는 특정외상 상태가 발생한 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 골절 또는 특정외상을 기준으로 연간 1회에 한하여 지급합니다. 다만, 1. (보험금의 지급사유) ②에서 정한 "연간"에 이미 보험금이 지급된 등급이 있는 경우, 그 보험금이 지급된 등급을 제외 하고 가장 높은 등급에 해당하는 골절 및 특정외상을 기준으로 등급별 골절 및 특정외상수술비 I 를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

보험 지식

등급별 골절 및 특정외상수술비 I (1~6급, 연간1회한) 보장예시

[가입금액 60만원기준]

	1급	2급	3급	4급	5급	6급
지급금액	60만원	40만원	30만원	20만원	10만원	10만원

사례1)

○ 하나의 상해사고로 다음과 같이 진단후 수술을 받은 경우

S42.2, S82.0

진단	진단명 및 골절등급
S42.2	상완골 상단의 골절 (3등급)
S82.0	무릎뼈의 골절 (4등급)

→ 높은 등급에 해당하는 3등급 보험금 지급 (30만원 지급)

보험 지식

사례2)

○ 첫 해 상해사고로 S92.5(기타 발가락의 골절) 진단후 수술시 5등급에 해당하는 보험금 지급 (10만원 지급)

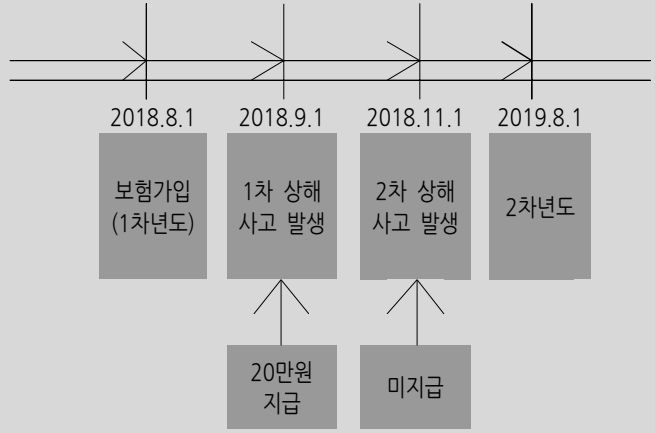
○ 다음 해 상해사고로 T02.4(양쪽 팔의 여러부위를 침범한 골절) 진단후 수술시 5등급에 해당하는 보험금 지급 (10만원 지급)

보험 지식

사례3)

○ 첫 해 상해사고로 S22.3(늑골골절) 진단후 수술시 4등급에 해당하는 보험금 지급 (20만원 지급)

○ 같은 해 상해사고로 S14.5(경부교감신경의 손상) 진단후 수술시 4등급에 해당하는 보험금 미지급



3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

2 회사는 그 원인의 직·간접을 묻지 아니하고 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다.)

② 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으

로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

4 | 등급별 골절 및 특정외상수술비Ⅱ(1~6급, 연간1회한)(동일사고당1회지급)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 상해 또는 질병으로 골절 및 특정외상 분류표【별표24】「골절 및 특정외상 분류표」 참조)에서 정한 골절 및 특정외상으로 진단 확정 후 그 치료를 목적으로 수술을 받은 경우, 골절 및 특정외상 등급분류기준표【별표25】「골절 및 특정외상 등급분류기준표」 참조)에 해당하는 등급에 따라 각각 연간 1회에 한하여 아래와 같이 등급별 골절 및 특정외상수술비Ⅱ로 지급합니다.

부상등급	지급금액	예시 [보험가입금액 300만원 기준]
1급	보험가입금액 지급	300만원
2급	보험가입금액의 1/2 지급	150만원
3급	보험가입금액의 1/3 지급	100만원
4급	보험가입금액의 1/6 지급	50만원
5급	보험가입금액의 1/15 지급	20만원
6급	보험가입금액의 1/30 지급	10만원

2 위 1에서 "연간" 이란 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지 기간을 말합니다.

3 위 1의 등급별 골절 및 특정외상수술비Ⅱ는 동일한 상해 또는 질병으로 인한 골절을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 등급별 골절 및 특정외상수술비Ⅱ만 지급합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)의 등급별 골절 및 특정외상수술비Ⅱ는 동일한 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 또는 특정외상 상태가 발생한 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 골절 또는 특정외상을 기준으로 연간 1회에 한하여 지급합니다. 다만, 1. (보험금의 지급사유) 2에서 정한 "연간"에 이미 보험금이 지급된 등급이 있는 경우, 그 보험금이 지급된 등급을 제외 하고 가장 높은 등급에 해당하는 골절 및 특정외상을 기준으로 등급별 골절 및 특정외상수술비Ⅱ를 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

보험 지식

등급별 골절 및 특정외상수술비Ⅱ(1~6급, 연간1회한) 보장예시

[가입금액 300만원기준]

	1급	2급	3급	4급	5급	6급
지급금액	300만원	150만원	100만원	50만원	20만원	10만원

사례1)

○ 하나의 상해사고로 다음과 같이 진단후 수술을 받은 경우
S42.2, S82.0

진단	진단명 및 골절등급
S42.2	상완골 상단의 골절 (3등급)
S82.0	무릎뼈의 골절 (4등급)

→ 높은 등급에 해당하는 3등급 보험금 지급 (100만원 지급)

보험 지식

사례2)

○ 첫 해 상해사고로 S92.5(기타 발가락의 골절) 진단후 수술시 5등급에 해당하는 보험금 지급 (20만원 지급)

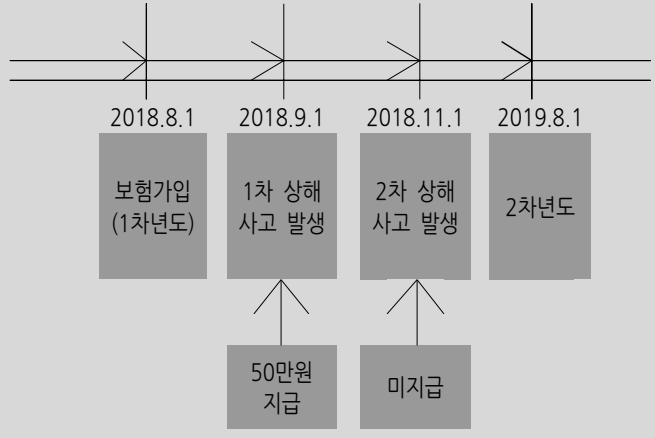
○ 다음 해 상해사고로 T02.4(양쪽 팔의 여러부위를 침범한 골절) 진단후 수술시 5등급에 해당하는 보험금 지급 (20만원 지급)

보험 지식

사례3)

○ 첫 해 상해사고로 S22.3(늑골골절) 진단후 수술시 4등급에 해당하는 보험금 지급 (50만원 지급)

○ 같은 해 상해사고로 S14.5(경부교감신경의 손상) 진단후 수술시 4등급에 해당하는 보험금 미지급



3. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 보통약관 5. (보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사고로 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

2 회사는 그 원인의 직·간접을 묻지 아니하고 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보장하지 않습니다.

① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보장합니다.)

② 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으

로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

5 | 깁스치료비(상해 및 질병)(맞춤간편고지) (비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 질병 또는 상해로 "깁스(Cast)치료"를 받은 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 지급합니다.

2 위 1에서 "깁스(Cast)치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다.
단, 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법은 제외합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1. (보험금의 지급사유)에도 불구하고 동일한 상해 또는 질병으로 인해 "깁스(Cast)치료"를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 보장합니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

4. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

6 | 신깁스치료비(상해 및 질병)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」중에 질병 또는 상해로 인하여 3. (신깁스치료의 정의 및 지급률표)에서 정한 "신깁스치료"를 받은 경우에는 3. (신깁스치료의 정의 및 지급률표)에서 정한 진료행위별 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 신깁스치료비의 보험금으로 지급합니다.
2 위 1에도 불구하고 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키는 치료법은 제외합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 동일한 상해 또는 질병으로 인해 두가지 이상의 "신깁스치료"를 받은 경우에는 그 각각에 대하여 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 산출한 보험금을 합산하여 지급합니다. 다만 신체 동일부위에 두가지 이상의 "신깁스치료"를 받은 경우 그 중 높은 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 1회에 한하여 신깁스치료비의 보험금으로 지급합니다.
2 회사가 지급하여야 할 하나의 상해 또는 질병으로 인한 신깁스치료비 보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.
3 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. (신깁스치료의 정의 및 지급률표)

1 이 특별약관에서 있어 "신깁스치료"라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 아래의 진료행위를 말합니다.

진료행위명칭	진료행위코드	지급률
손가락캐스트	T6090	5%
단상지[전완으로부터 수부까지]	T6030	10%
장상지[상완으로부터 수부까지] 8자형 석고	T6020 T6120	20%
단하지[하퇴로부터족부까지]-Without Walker 단하지[하퇴로부터족부까지]-With Walker 슬개건 부하캐스트 견수상[흉부로부터 수부까지] 벨포캐스트	T6060 T6061 T6063 T6010 T6110	30%
대퇴에서 족부에 미치는 캐스트 장하지[대퇴로부터 족부까지]-Without Walker 장하지[대퇴로부터 족부까지]-With Walker	T6050 T6051 T6052	40%
Risser형 체간캐스트 Minerva형 체간캐스트 고수상[요부로부터 족부까지, 척추cast포함]	T6080 T6070 T6040	100%

2 위 1에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「신깁스치료 급여인정기준」이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「신깁스치료 급여인정기준」을 따릅니다.

4. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 위 1.②의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

7 | 보험료납입면제대상보장(5대사유)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

※ 이 특별약관은 고급형 계약에 한하여 적용합니다.

1. (특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험료 납입기간과 동일합니다.

2. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험료납입면제대상보장(5대사유) 보험금으로 지급합니다. 다만, 어떠한 경우에도 보험료납입면제대상보장(5대사유) 보험금은 중복하여 지급하지 않습니다.
① 「이 특별약관의 보험기간」 중 상해의 직접결과로써 「장해분류표」(【별표1】장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
② 「이 특별약관의 보험기간」 중 진단확정된 질병으로 「장해분류표」에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
③ 「이 특별약관의 보험기간」 중 암보장개시일(책임개시일) 이후에 "암(유사암제외)"으로 진단확정되었을 때
④ 「이 특별약관의 보험기간」 중 "뇌졸중"으로 진단확정되었을 때
⑤ 「이 특별약관의 보험기간」 중 "급성심근경색증"으로 진단확정되었을 때
2 위 1.③에서 암보장개시일(책임개시일)이라 함은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 말하며, 갱신계약의 경우 이 특별약관의 갱신일을 말합니다.

3. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 2. (보험금의 지급사유) 1.① 및 1.②의 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
2 위 1에 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 결정합니다.
3 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

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

5 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해 또는 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, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 위 6에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
보장개시 이전의 원인에 의한 후유장해 또는 그 이전에 발생한 후유장해는 위의 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않는 후유장해로 봅니다.

8 피보험자가 5. (“뇌졸중”의 정의 및 진단확정) 2 및 6. (“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정) 2 에서 정한 사망 후 “뇌졸중” 및 “급성심근경색증”의 진단확정이 있는 경우에는 그 사망일을 진단일로 확정하여 2. (보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제대상보장(5대사유) 보험금을 지급합니다. 다만, 9. (특별약관의 소멸) 3에서 정한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하여 지급합니다.

4. (“암” 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표7】악성신생물(암) 분류표 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 “암(유사암제외)”이라 함은 1에서 정한 “암”에서 3에서 정한 “기타피부암” 및 4에서 정한 “갑상선암”을 제외한 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】 기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 「기타피부암 및 갑상선암 분류표」(【별표8】기타피부암 및 갑상선암 분류표 참조) 중 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

보험지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

6 위 5에 따른 “암(유사암 제외)”의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(유사암 제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암(유사암 제외)"의 진단이 가능하지 않을 때

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

5. ("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중" 이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표12】뇌졸중 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 말합니다.

2 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

6. ("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증" 이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표15】급성심근경색증 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 급성심근경색증, 후속 심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 말합니다.

2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

7. (특별약관의 취소)

1 계약자는 피보험자가 2. (보험금의 지급사유) 2에서 정한 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 암(유사암 제외)로 진단확정된 경우에는 그 진단확정된 날로부터 90일 이내에 이 특별약관을 취소할 수 있습니다.

2 계약자가 위 1에 따라 이 특별약관을 취소한 경우에는 이 담보는 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 담보의 보험료를 돌려드립니다.

3 위 1에 따라 계약자가 이 특별약관을 취소하지 않은 경우에는 다음 각 호에서 정한 사유가 발생하더라도 2. (보험금의 지급사유)의 보험금은 지급하지 않습니다.

① 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 진단확정된 암(유사암 제외)의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다른 암(유사암 제외)으로 진단확정된 경우

② 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 진단확정된 암(유사암 제외)이 치료된 후 동일부위에 그 암과 동일한 조직병리학적 특성을 가진 암(유사암 제외)이 발생하여 진단확정된 경우

4 위 3에도 불구하고 그 암(유사암 제외)이 암보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 진단확정 받더라도 암보장개시일(책임개시일) 이후 5년(갱신계약의 경우 최초 계약의 암보장개시일(책임개시일) 이후 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일(책임개시일)부터 5년이 지난 이후에는 이 담보 약관에 따라 보장합니다.

5 위 4의" 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우"는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

① 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우

② 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

8. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 피보험자가 부활(효력회복)시 암(유사암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날입니다.

9. (특별약관의 소멸)

1 회사가 2. (보험금의 지급사유)의 보험료납입면제대상보장(5대사유) 보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

10. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

11. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

8 | 각막이식수술비Ⅱ(최초1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 질병 또는 상해로 장기수혜자로서 각막이식수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 다음과 같이 각막이식수술비를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
각막이식수술비Ⅱ (최초1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
각막이식수술비Ⅱ (최초1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("각막이식수술"의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에 있어서 "각막이식수술"이라 함은 장기 등 이식에 관한 법률에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는

동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.
2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
3 위 1의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
(예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (특별약관의 소멸)

1 회사가 1. (보험금의 지급사유)에서 정한 각막이식수술비를 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 위 1에 따라 특별약관이 소멸되는 경우에 회사는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
3 위 1 이외의 원인으로 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

9 | 추간판탈출증수술비Ⅱ(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 질병 또는 상해로 인해 추간판탈출증의 치료를 직접적인 목적으로 추간판탈출증수술을 받은 경우에는 매 수술시마다 다음과 같이 추간판탈출증수술비를 지급합니다.
2 이 특별약관에 있어서 "추간판탈출증"이라 함은 「추간판탈출증분류표」(【별표61】추간판탈출증분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 상병을 말합니다.
① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
추간판탈출증수술비Ⅱ	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
추간판탈출증수술비Ⅱ	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("수술"의 정의와 장소)

[1] 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

[2] 위 [1]에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

[3] 위 [1]의 "수술"에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

용어 풀이

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위
  (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

4. (특별약관의 소멸)

[1] 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.
[2] 위 [1]에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

10 | 추간판탈출증 신경차단술 치료비Ⅱ(급여, 연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 질병 또는 상해로 인해 추간판탈출증의 치료를 목적으로 추간판탈출증 신경차단술(급여)을 받은 경우에는 연간1회에 한하여 다음과 같이 추간판탈출증 신경차단술 치료비(급여)를 지급합니다.

2 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

3 이 특별약관에 있어서 "추간판탈출증"이라 함은 「추간판탈출증분류표」(【별표61】추간판탈출증분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 상병을 말합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	지급금액	
	경과기간	지급금액
추간판탈출증 신경차단술 치료비Ⅱ (급여, 연간1회한)	보험계약일로부터 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
추간판탈출증 신경차단술 치료비Ⅱ (급여, 연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("추간판탈출증 신경차단술(급여)"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 "추간판탈출증 신경차단술(급여)" 이라 함은 피보험자의 진단확정 된 "추간판탈출증"의 치료를 목적으로 "급여 신경차단술" 치료를 받은 경우를 말합니다. "급여 신경차단술"이라 함은 「추간판탈출증 신경차단술(급여) 대상 수가코드」(【별표62】추간판탈출증 신경차단술(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 상병의 진료를 위하여 최초로 내원('입원'을 포함합니다.)한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

2 위 1에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 "급여 신경차단술"의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 추간판탈출증 신경차단술(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

4 위 1의 "추간판탈출증 신경차단술(급여)"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

4. (보험금 등 청구시 구비서류)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서 (회사 양식)

② 사고증명서 : 진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재) 등

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰

성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

인용문구

의료법 제3조(의료기관)

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

11 | 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 진단비Ⅱ (연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 질병 또는 상해로 인하여 3. ("중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"의 정의)에서 정한 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상으로 보험기간 중에 등록된 경우 연간1회에 한하여 다음과 같이 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 진단비를 지급하여 드립니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 진단비Ⅱ (연간1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 진단비Ⅱ (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1에도 불구하고 질병 또는 상해로 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"으로 여러번 등록되더라도 보험금은 연간1회에 한하여 지급합니다.

3 위 1의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)에 따라 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

3. ("중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상" 이라 함은 「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표」(【별표63】중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표 참조)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

2 위 1에도 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 1. (보험금의 지급사유) 1의 지급사유 발생 당시의 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

용어 풀이

본인일부부담금 산정특례제도

진료비 본인부담이 높은 암 등 중증질환자와 희귀질환자, 중증난치질환자의 외래 또는 입원치료에 대하여 본인부담률을 경감해주는 제도

관련근거

- 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담)
- 국민건강보험법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2
- 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)

보험 지식

중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간

1. "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
2. 중증질환자 뇌혈관질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

4. (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 등록하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 아래 사항 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 법위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있습니다.

① 법령의 개정 또는 폐지 등으로 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"이 변경되는 경우
② 법령의 개정 또는 폐지 등으로 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"에 따른 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상" 신청이 불가능한 경우
③ 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

보험 지식

예시)

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 관한 제도의 변경으로 산정특례대상의 구분이 세분화하거나, 통폐합하는 경우 등

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하며, 해당 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

5 위 4에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 위 2에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수

있습니다.

7 위 2에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 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.

8 회사는 계약체결시 계약자에게 위 2에 따라 계약이 변경되는 경우와 관련된 위 6 및 위 7의 사항을 계약자에게 안내합니다.

9 회사는 위 2에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료 산출 기초율을 재산출할 수 있으며, 계약내용 변경일로부터 재산출된 보험료산출 기초율을 적용합니다. 이 경우 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있습니다.

10 위 2 내지 7에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비세부내역서, 진료비계산서(산정특례 적용 영수증) 등)

③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

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

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

12 | 중증질환자 심장질환 산정특례대상 진단비II (연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 질병 또는 상해로 인하여 3. ("중증질환자 심장질환 산정특례대상"의 정의)에서 정한 중증질환자 심장질환 산정특례대상으로 보험기간 중에 등록된 경우 연간 1회에 한하여 다음과 같이 중증질환자 심장질환 산정특례대상 진단비를 지급하여 드립니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
중증질환자 심장질환 산정특례대상 진단비Ⅱ (연간1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
중증질환자 심장질환 산정특례대상 진단비Ⅱ (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 위 1에도 불구하고 질병 또는 상해로 “중증질환자 심장질환 산정특례대상”으로 여러번 등록되더라도 보험금은 연간1회에 한하여 지급합니다.

3 위 1의 “연간”이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례 등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

2 보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)에 따라 중증질환자 심장질환 산정특례대상으로 등록되었으나, 허위 또는 부당 등록사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

3. (“중증질환자 심장질환 산정특례대상”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “중증질환자 심장질환 산정특례대상” 이라 함은 「중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표」(【별표64】중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표 참조)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

2 위 1에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상 해당 여부는 판단하는 시점의 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 공시)」 에 따라 판단합니다. 법령개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 1. (보험금의 지급사유) 1의 지급사유 발생 당시의 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

용어 풀이

본인일부부담금 산정특례제도

진료비 본인부담이 높은 암 등 중증질환자와 희귀질환자, 중증난치질환자의 외래 또는 입원치료에 대하여 본인부담률을 경감해주는 제도

관련근거

- 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담)
- 국민건강보험법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2
- 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)

보험 지식

중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간

1. "중증질환자 심장질환 산정특례대상"에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
2. 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.

4. (법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

1 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 등록하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

2 위 1에도 불구하고 아래 사항 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에 회사는 객관적이

고 합리적인 법위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 “중증질환자 심장질환 산정특례대상”와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있습니다.

① 법령의 개정 또는 폐지 등으로 “중증질환자 심장질환 산정특례대상”이 변경되는 경우
② 법령의 개정 또는 폐지 등으로 “중증질환자 심장질환 산정특례대상”에 따른 “중증질환자 심장질환 산정특례대상” 신청이 불가능한 경우
③ 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

보험 지식

예시)

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 관한 제도의 변경으로 산정특례대상의 구분이 세분화하거나, 통폐합하는 경우 등

3 회사는 위 2에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

4 위 2에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하며, 해당 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

5 위 4에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

6 위 2에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

7 위 2에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 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.

8 회사는 계약체결시 계약자에게 위 2에 따라 계약이 변경되는 경우와 관련된 위 6 및 위 7의 사항을 계약자에게 안내합니다.

9 회사는 위 2에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료 산출 기초율을 재산출할 수 있으며, 계약내용 변경일로부터 재산출된 보험료산출 기초율을 적용합니다. 이 경우 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있습니다.

10 위 2 내지 7에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

5. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비세부내역서, 진료비계산서(산정특례 적용 영수증) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

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

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

13 | 응급실내원보험금(응급환자)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해로 인하여 "응급환자"로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우, 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 지급하여 드립니다. 이 때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("응급실"의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "응급실"이라 함은 「응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호」에서 정하는 「응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관)」 또는 「응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)」에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실, 종합병원에 설치된 응급실을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

인용 문구

응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.
"응급의료기관"이란 의료법 제3조에 따라 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)

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.

4. ("응급환자"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)(【별표54】응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자) 참조)」에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

5. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 1. (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)

용어 풀이

흥행

각종 예능이나 스포츠를 입장권을 받고 관객에게 관람시키는 일 또는 준비 일체를 포함한 사업을 말합니다.

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

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

14 | 응급실내원보험금(응급환자)(연간12회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해로 인하여 "응급환자"로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우, 연간 12회한도로 내원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 지급하여 드립니다.(단, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다)

2 위 1에서 "연간" 이란 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다) 전일까지 기간을 말합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 1. (보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("응급실"의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "응급실"이라 함은 「응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호」에서 정하는 「응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관)」 또는 「응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)」에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실, 종합병원에 설치된 응급실을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

인용 문구

응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

"응급의료기관"이란 의료법 제3조에 따라 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)

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.

4. ("응급환자"의 정의)

이 특별약관에 있어서 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)」【별표54】응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자) 참조」에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

5. (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

④ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 1. (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)

용어 풀이

흥행

각종 예능이나 스포츠를 입장권을 받고 관객에게 관람시키는 일 또는 준비 일체를 포함한 사업을 말합니다.

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

6. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

7. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6.갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

8. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

15 | 전신마취수술비(6시간이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 "상해 또는 질병"의 직접적인 치료를 목적으로 전신마취를 하고 마취시간 6시간 이상의 수술을 받은 경우에는 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 전신마취수술비(6시간이상)로 지급합니다.

2 위 1의 "상해 또는 질병"은 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 상해
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급 감염병

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 "전신마취"는 수술1회당 "마취시간"을 기준으로 보장하며, 2회 이상의 전신마취 수술을 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("전신마취"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "전신마취"라 함은 의사의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 「전신마취 의료행위 분류표」(【별표96】전신마취 의료행위 분류표 참조)에서 정한 의료행위를 하는 것을 말하며 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외하며 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원 중 치과병원, 한방병원, 요양병원 및 의원급 의료기관에서의 전신마취는 제외합니다.

2 위 1에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 "전신마취" 의료행위의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "전신마취" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

예시

마취관리기본 및 마취 유지 수가코드에 의한 마취시간 계산 예시

① L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 20회의 경우
: 60분 x 1회 + 15분 x 20회 = 360분
→ 마취시간 6시간 이상에 해당

② L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1)]) 10회의 경우
: 60분 x 1회 + 15분 x 10회 = 210분
→ 마취시간 6시간 이상에 해당되지 않음

주1) 마취유지 : 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할 때마다 산정

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보장하지 않습니다.
① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

2 회사는 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보장하지 않습니다.
① 정신 및 행동장애(F00~F99)으로 인한 질병
② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)으로 인한 질병
③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
⑧ 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00~Z99)

6. (보험금의 청구)

1 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 전신마취 종류/ 마취시간/수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 포함) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.③의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

16 | 전신마취수술비(4시간이상)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 "상해 또는 질병"의 직접적인 치료를 목적으로 전신마취를 하고 마취시간 4시간 이상의 수술을 받은 경우에는 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 전신마취수술비(4시간이상)로 지급합니다.

2 위 1의 "상해 또는 질병"은 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 상해
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 제1급 감염병

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

1 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 "전신마취"는 수술1회당 "마취시간"을 기준으로 보장하며, 2회 이상의 전신마취 수술을 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 보장하지 않습니다.

2 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("전신마취"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "전신마취"라 함은 의사의 관리 하에 약물 등을 사용하여 전신을 의식, 감각, 운동 및 반사행동이 없는 상태로 유지시키기 위해 「전신마취 의료행위 분류표」(【별표96】전신마취 의료행위 분류표 참조)에서 정한 의료행위를 하는 것을 말하며 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 마취항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다. 단, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외하며 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원 중 치과병원, 한방병원, 요양병원 및 의원급 의료기관에서의 전신마취는 제외합니다.

2 위 1에도 불구하고 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정으로 "전신마취" 의료행위의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

3 위 2에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 "전신마취" 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

예시

마취관리기본 및 마취 유지 수가코드에 의한 마취시간 계산 예시

① L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1]) 20회의 경우
: 60분 x 1회 + 15분 x 20회 = 360분
→ 마취시간 4시간이상에 해당

② L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1]) 10회의 경우
: 60분 x 1회 + 15분 x 10회 = 210분
→ 마취시간 4시간 이상에 해당되지 않음

주1) 마취유지 : 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할 때마다 산정

4. ("수술"의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 「병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자」(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

2 위 1에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

3 위 1의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
① 흡인(吸引)
② 천자(穿刺) 등의 조치
③ 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
④ 미용성형 목적의 수술
⑤ 피임(避妊) 목적의 수술
⑥ 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
⑦ 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

용어 풀이

절단 : 특정부위를 잘라내는 것
절제 : 특정부위를 잘라 없애는 것
흡인 : 주사기 등으로 빨아들이는 것
천자 : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

신의료기술평가위원회

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

예시

"기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술"이란?

- 의료기구를 사용 하여 생체에 절단, 절제의 조작이 없는 의료행위 (예 : 절개술, 배농술, 단순 봉합술 등)

5. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보장하지 않습니다.
① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

2 회사는 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보장하지 않습니다.
① 정신 및 행동장애(F00~F99)으로 인한 질병
② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)으로 인한 질병
③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
⑧ 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00~Z99)

6. (보험금의 청구)

1 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 전신마취 종류/ 마취시간/수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 포함) 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.③의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

7. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

8. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

17 | 양전자단층촬영검사지원비II(PET)(급여,연간1회한)(맞춤간편고지)(비갱신형/갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병 및 상해의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 3.("급여촬영"의 정의및 장소)에서 정한 급여촬영을 받은 경우 연간 1회한도로 촬영 의료행위 당 다음과 같이 양전자단층촬영(PET)검사지원비(급여,연간1회한)를 지급합니다.

① 비갱신형 및 갱신형(최초계약)의 경우

구분	경과기간	지급금액
양전자단층촬영 검사지원비(PET) (급여,연간1회한)	보험계약일로부터 90일미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
	보험계약일로부터 90일~1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	보험계약일로부터 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 갱신형(갱신계약)의 경우

구분	지급금액
양전자단층촬영 검사지원비(PET)(급여,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 위 ①의 "연간"이란, 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 3.("급여촬영"의 정의 및 장소)에서 정한 촬영을 받은 연, 월, 일로 합니다.

2. (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 1.(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3. ("급여촬영"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "급여촬영"이라 함은 1.(보험금의 지급사유)에서 정한 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 양전자방출단층촬영(PET)을 사용하는 촬영 의료행위를 말합니다.

용어 풀이

양전자방출단층촬영(PET)

양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법

의료행위

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

② 위 ①의 급여촬영은 「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 위 ①의 급여촬영은 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 급여 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 위 ④에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 양전자방출단층촬영(PET)을 사용하는 촬영 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.

4. (보험금의 청구)

1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 진료비계산서 등)
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
④ 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 위 1.②의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

인용 문구

의료법 제3조(의료기관)

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

5. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

6. (특별약관의 갱신)

이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

7. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 “실속형 계약”으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

특별약관

제4장 배상책임
관련

어려운 용어는 **프로미라이프 용어사전** 참고 ····· 44
인용 법규는 **약관에서 인용한 법규** 참고 ····· 998

용어	정의
갱신형	일정 기간을 주기로 보험기간이 자동 갱신되는 형태를 말합니다. 이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보험증권에 갱신 주기를 기재하여 드립니다. 예시) 3년/10년/20년/30년 만기 자동갱신
비갱신형	만기까지 갱신되지 않고 보장이 지속되는 형태를 말합니다. 예시) 80세/90세/100세 만기

1 | 가족일상생활배상책임Ⅳ(실손)(갱신형) 특별약관

1. (보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 「이 특별약관의 보험기간」 중에 보장개시일(책임개시일) 이후에 「아래에 열거한 사고」(이하 "사고"라 합니다)로 대인배상책임을 부담하거나 대물배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

① 「피보험자가 살고 있는 주택과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택」(부지 내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
단, 이 특별약관의 보장대상 주택은 피보험자가 살고 있는 주택 또는 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택에 한합니다.

② 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

③ 위 ① 및 ②의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

④ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 위 ①에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

⑤ 5. (보험금을 지급하지 않는 사유) ⑫에도 불구하고, ④에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

용어 풀이

대인배상책임
타인의 신체에 피해를 입혀 피보험자가 부담하는 법률상의 배상책임

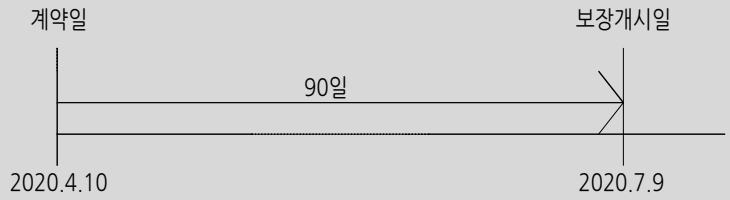
대물배상책임
타인의 재물에 손해를 일으켜 피보험자가 부담하는 법률상의 배상책임

2 위 1에서 보장개시일(책임개시일)이라 함은 다음과 같습니다.

구분		보장개시일(책임개시일)
갱신형(최초계약)의 경우	누수 이외의 사고	보험계약일
	누수사고	보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날
갱신형(갱신계약)의 경우		이 특별약관의 갱신일

예시

누수사고 보장개시일
- 갱신형(최초계약)의 경우



2. (피보험자의 범위)

1. (보험금의 지급사유)에서 피보험자는 아래의 사람을 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 동거 중인 동거 친족(민법 제777조)
④ 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

인용문구

민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위

8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자

2. 위 1.에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

3. (누수사고의 정의)

이 특약에서 '누수사고'라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수 설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물, 부대설비의 노후화, 하자, 결함 및 피보험자의 일상생활에 기인하는 우연한 사고 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다.
단, 화재사고 발생시 스프링클러(Sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않습니다.

4. (보험금 지급에 관한 세부규정)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
① 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
② 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
㉮ 피보험자가 14. (손해방지 의무) 1.①의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
㉯ 피보험자가 14. (손해방지 의무) 1.②의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
㉰ 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
㉱ 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
㉲ 피보험자가 15. (손해배상청구에 대한 회사의 해결) 2. 및 3.의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

5. (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.
① 계약자 또는 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
② 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
③ 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
④ 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼친 손해에 대하여는 보상합니다.
⑤ 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
⑥ 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
⑦ 위 ⑥ 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
⑧ 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
⑨ 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
⑩ 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
⑪ 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
⑫ 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
⑬ 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임
⑭ 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
⑮ 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
⑯ 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
⑰ 항공기, 선박, 차량 (원동력이 인력에 의한 것(자전거 등)을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
⑱ 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나, 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
⑲ 폭력행위로 인한 배상책임

용어 풀이

핵연료물질

사용된 연료를 포함합니다.

핵연료물질에 오염된 물질

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

용어 풀이

차량

자동차관리법 및 도로교통법에서 정한 '자동차', '이륜자동차' 및 '원동기장치자전거'를 말합니다.

※ 세그웨이류, 전동휠, 전동킥보드 등은 자동차관리법에서 정한 '이륜자동차', 도로교통법에서 정한 '원동기장치자전거'에 포함됩니다. 또한 도로교통법에서 정한 개인형이동장치(시속25킬로미터 미만의 속도제한 및 중량 30킬로그램 미만) 역시 원동기장치자전거에 해당됩니다.

6. (의무보험과의 관계)

1 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 18. (보험금의 분담)을 따릅니다.

2 위 1의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.

3 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 피보험자가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 위 1의 "의무보험에서 보상하는 금액"으로 봅니다.

7. (보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 자기부담금은 대인배상책임은 없는 것으로 하고, 대물배상책임은 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

① 4. (보험금지급에 관한 세부규정) ①의 손해배상금 : 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
다만, 보상한도액과 자기부담금은 대인, 대물(누수사고) 및 대물(누수 이외의 사고)에 따라 다를 수 있으며, 하나의 사고를 원인으로 대인배상, 대물(누수사고)배상 및 대물(누수 이외의 사고)배상 중 두가지 이상이 동시에 발생하는 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다.

② 4. (보험금지급에 관한 세부규정) ②의 ㉮, ㉯ 또는 ㉰의 비용 : 피보험자가 지급한 비용의 전액을 보상합니다.

③ 4. (보험금지급에 관한 세부규정) ②의 ㉱ 또는 ㉲의 비용 : 이 비용과 위 ①에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액의 한도내에서 보상합니다.

8. (계약 후 알릴 의무)

1 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

① 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때

② 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

③ 위 ① 및 ② 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

2 회사는 위 1에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

9. (특별약관의 해지)

1 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

2 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

3 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 14. (계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때

② 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 8. (계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

4 위 3.①의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때

③ 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

④ 「보험을 모집한 자」(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자

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

5 위 3에 의한 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 그러나 손해가 위 3.① 및 ②의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

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

7 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 위 4의 최초계약으로 봅니다. 다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

10. (타인을 위한 계약)

1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 특별약관이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

용어 풀이

타인을 위한 계약

계약자가 다른 사람의 이익을 위해 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

11. (특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생했을 경우 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 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.

12. (양도)

보험목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면으로 동의한 경우에는 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

13. (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 제기받았을 경우

2 계약자 또는 피보험자가 위 1의 ① 내지 ③의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 위 1.③의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 4. (보험금 지급에 관한 세부규정) ① 및 ②의 ㉮ 또는 ㉯의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

14. (손해방지의무)

1 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

① 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)

② 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 조치를 취하는 일

③ 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

2 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 위 1의 의무를 이행하지 않았을 때에는 4. (보험금 지급에 관한 세부규정)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

① 위 1.①의 경우에는 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액

② 위 1.②의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액

③ 위 1.③의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

15. (손해배상청구에 대한 회사의 해결)

1 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

예시

회사는 피보험자가 손해배상액의 전부 또는 일부를 피해자에게 지급하지 않아도 되는 사유가 있는 경우에는 그에 해당하는 보험금의 지급을 거절할 수 있습니다.

2 회사는 위 1의 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 위 2 및 3의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

16. (보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

① 보험금청구서(회사양식)
② 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
③ 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
④ 회사가 요구하는 그 밖의 서류

17. (보험금의 지급절차)

1 회사는 16. (보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

용어 풀이

가지급보험금

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

2 회사는 위 1의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표2】(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.

18. (보험금의 분담)

1 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

산식

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

용어 풀이

공제계약

공제 사업을 실시하는 경영 주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 말합니다.

공제

미래에 발생할 수 있는 경제적 불안을 제거하기 위해 공동으로 재산을 준비하여 두는 제도를 말합니다.

2 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 위 1에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 위 1에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

19. (사기에 의한 계약)

1 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

2 위 1에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

20. (대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
① 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
② 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

2 계약자 또는 피보험자는 위 1에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

3 위 1 및 2에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

4 회사는 위 1에 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.

21. (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 위 1에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.

3 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

22. (합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

1 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

2 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 위 1의 절차에 협조하거나 대행합니다.

보험 지식

보상책임을 지는 한도

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

3 회사가 위 1의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

4 회사는 다음의 경우에는 위 1의 절차를 대행하지 않습니다.
① 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
② 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

5 회사가 위 1의 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.

23. (특별약관의 소멸)

1 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 위 1에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

24. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 단, 부활(효력회복)시 누수사고에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

25. (특별약관의 갱신)

이 특별약관은 『제도성 특별약관 [6. 갱신형 계약 자동갱신 특별약관]』에 따라 갱신됩니다.

26. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금 및 37. (중도인출금)의 중도인출금은 지급하지 않습니다. 또한 "실속형 계약"으로 가입하는 경우 보통약관 26-1. (보험료 납입면제(고급형 계약限))는 적용하지 않습니다.

용어 풀이

신체

신체라 함은 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.

재물손해

재물손해라 함은 아래와 같습니다.
① 물리적으로 망가뜨려진 유체물의 직접손해
② 물리적으로 망가뜨려진 유체물의 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.

법률상의 배상책임

법률상의 배상책임이라 함은 법률규정에 따른 배상책임을 말하며, 계약에 의하여 법률규정보다 가중된 배상책임(계약상의 가중책임)은 제외합니다.

제도성
특별약관

어려운 용어는 **프로미라이프 용어사전** 참고 ····· 44
인용 법규는 **약관에서 인용한 법규** 참고 ····· 998

1 | 이륜자동차 운전중상해 부담보 특별약관

1. (계약의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 「보험계약」(보통약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 "보험계약"이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

2 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 25. (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

3 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

4 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

2. (보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다)하는 중 상해를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않으며, 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급하며, 보장보험료 납입을 면제합니다.

2 위 1의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 제3조에서 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 제2조에서 정한 원동기장치자전거(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.)를 포함합니다.

3 위 2의 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말합니다.
① 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
② 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
③ 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차

4 위 2의 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)이 이후 변경될 경우 변경된 내용을 적용합니다.

5 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다)하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 사고처리 확인원 등으로 결정합니다.

인용 문구

자동차관리법 제3조(자동차의 종류)의 이륜자동차

총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차

도로교통법 제2조(정의)

18. "자동차"란 철길이나 가설된 선을 이용하지 아니하고 원동기를 사용하여 운전되는 차(견인되는 자동차도 자동차의 일부로 본다)로서 다음 각 목의 차를 말한다.
가. [자동차관리법] 제3조에 따른 다음의 자동차. 다만, 원동기장치자전거는 제외한다.
1) 승용자동차
2) 승합자동차
3) 화물자동차
4) 특수자동차
5) 이륜자동차
나. [건설기계관리법] 제26조제1항 단서에 따른 건설기계
19. "원동기장치자전거"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 차를 말한다.
가. [자동차관리법] 제3조에 따른 이륜자동차 가운데 배기량 125시시 이하의 이륜자동차
나. 배기량 50시시 미만(전기를 동력으로 하는 경우에는 정격출력 0.59킬로와트 미만)의 원동기를 단 차
([자전거 이용 활성화에 관한 법률]제2조 제1호의2에 따른 전기자전거는 제외한다)

예시

퍼스널모빌리티(세그웨이, 전동휠, 전동킥보드 등)는 자동차관리법에 정한 '이륜자동차', 도로교통법에서 정한 '원동기장치자전거'에 포함됩니다.

3. (해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보통계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 29. (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

2 | 보험료 자동납입 특별약관

1. (보험료 납입)

1 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.

2 위 1에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 18. (보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.
다만, 계약자의 책임있는 사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다.

2. (보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합

3. (보험계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

3 | 선지급 서비스 특별약관

1. (적용대상)

1 이 선지급서비스 특별약관(이하 "특별약관"이라 합니다)을 부가하는 보통약관은 계약자와 피보험자가 동일한 보험계약이어야 합니다.

2 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지로 합니다.

3 보통약관에 사망보험금을 지급하는 특별약관(이하 "사망보장 특별약관"이라 합니다)이 부가되어 있는 경우에도 이 특별약관을 적용합니다.

2. (지급사유)

1 회사는 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에 정한 국내의 종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 전문의 자격을 가진 자가 실시한 진단결과 여명이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 사망보험금의 50%를 「선지급 사망보험금」(이하 "보험금"이라 합니다)으로 피보험자에게 지급합니다.

용어 풀이

여명

피보험자의 남은 예상 생존기간을 말합니다.

2 이 특별약관의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해약환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특별약관의 보험금 지급일 이후 사망보장 특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특별약관에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금은 지급하지 않습니다.

3 이 특별약관의 보험금이 지급되기 전에 사망보장 특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특별약관의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

4 사망보장 특별약관에 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

5 이 특별약관의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 여명기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 보통약관에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계를 뺀 금액을 지급합니다.

6 이 특별약관의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 사망보장 특별약관의 사망보험금액을 기준으로 합니다.

3. (보험금의 지정대리 청구인)

1 계약자가 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 미리 지정한 자 또는 지정대리청구인이 7. (보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자의 대리인으로서 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 있습니다.

인용문구

지정대리청구인

4. (지정대리청구인의 변경지정)의 규정에 따라 변경 지정한 다음의 자
① 보험금 청구시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록상 또는 주민등록상의 배우자
② 보험금 청구시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

4. (지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권에 그 뜻을 기재합니다.
① 청구서(회사양식)
② 지정대리청구인의 주민등록등본
③ 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

5. (보험금을 지급하지 아니하는 보험사고)

계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가 2. (지급사유)의 1에 해당된 경우에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

6. (특별약관의 보험료)

이 특별약관의 보험료는 없습니다.

7. (보험금의 청구)

1 피보험자 또는 지정대리 청구인은 위 1. (적용대상)에 정한 특별약관의 보험기간 중에 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 이 특별약관의 보험금을 청구하여야 합니다.
① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(병원 또는 의원 등에서 발급한 진단서)
③ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
④ 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
⑤ 기타 피보험자 또는 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2 병원 또는 의원 등에서 위 1.②의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원 등은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

8. (보험금의 지급)

1 회사는 위 7. (보험금의 청구)의 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이 특별약관의 보험금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 접수 후 10영업일 이내에 드립니다.
2 위 1의 규정에 따라 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 계약자가 회사로부터의 사실 조회에 대하여 정당한 사유없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는 그 회답 또는 동의를 얻어 사실 확인이 끝날 때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, 회사가 지정한 의사에 의한 피보험자의 진단을 요구한 경우에도 진단을 받지 않은 때에는 진단을 받고 사실 확인이 끝날 때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
3 회사는 위 1의 규정에 의한 지급기일내에 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 않습니다.

9. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 사망을 보장하는 특별약관을 따릅니다.

4 | 지정대리청구서비스Ⅱ 특별약관

1. (적용대상)

이 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다)은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

2. (특별약관의 체결 및 소멸)

1 이 특별약관은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다.

2 1. (적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

3. (지정대리청구인의 지정)

1 보험계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호에 해당하는 자 중에서 「보험금의 대리청구인」(이하 “지정대리청구인”이라 합니다)(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)을 지정할 수 있습니다. 지정대리청구인은 4. (지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 어느 하나에 해당하여야 합니다.

① 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
② 피보험자의 3촌 이내의 친족

2 위 1에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 1. (적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

4. (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(주민등록증 이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

2 회사는 1의 지정대리청구인 변경 지정시 계약자의 지정 편의를 위해 가족관계서류의 수령을 생략할 수 있습니다.

5. (보험금 지급 등의 절차)

1 지정대리청구인은 6. (보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 1. (적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 1. (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.

6. (보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(병원 또는 의원 등에서 발급한 진단서)
③ 신분증(주민등록증 이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
④ 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
⑤ 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

7. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

5 | 전자서명 특별약관

1. (적용대상)

「이 전자서명 특별약관」(이하 "특별약관"이라 합니다)은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

2. (특별약관의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 「보험계약」(보통약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 "보험계약"이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

2 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

인용 문구

전자서명법 제2조(정의)

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적형태의 정보를 말한다.
가. 서명자의 신원
나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

3. (약관교부 등의 특례)

1 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본) 및 보험증권(보험가입증권) 등(이하 "보험계약 안내자료"라 합니다)을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 교부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수령하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

2 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 아니하거나, 서면교부를 요청하는 경우에는 청약한날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

4. (보험계약자의 알릴 의무)

1 계약자가 3. (약관교부 등의 특례)의 1에서 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.

2 위의 1에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.

3 위의 1 또는 2에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 아니하여 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

6 | 갱신형 계약 자동갱신 특별약관

1. (적용대상)

1 이 특별약관은 「손해의 보상을 내용으로 하는 이 계약의 다른 특별약관 중 갱신형 특별약관」(이하 "갱신형 특별약관"이라 합니다)에 적용됩니다.

2 위 1에도 불구하고 보통약관 중 갱신형으로 보장되는 담보에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다. 이 경우, 보통약관에서 별도로 규정된 내용을 따릅니다.

용어 풀이

갱신형

일정 기간을 주기로 보험기간이 자동으로 갱신되는 형태를 말합니다. 보험계약을 갱신형으로 가입한 경우에는 보험증권에 보장내용별로 갱신 주기를 기재하여 드립니다.
예시) 3년/10년/20년/30년만기 자동갱신

2. (보험기간 및 자동갱신)

1 갱신형 특별약관의 보험기간은 보험증권에 기재된 각각의 보험기간으로 합니다.

2 갱신형 특별약관이 아래 ① 내지 ③의 조건을 충족하고 그 갱신형 특별약관의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 「종전의 갱신형 특별약관」(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 「그 갱신형 특별약관의

만기일의 다음날」(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
① 「갱신될 갱신형 특별약관」(이하 "갱신계약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

3 위 1에도 불구하고 갱신시점에서 갱신종료 나이까지의 잔여보험기간이 위 1의 보험기간 미만일 경우 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

4 위 3에도 불구하고 갱신시점에서 보통약관 보험기간 종료일까지의 잔여보험기간이 갱신담보의 보험증권에 기재된 보험기간 미만일 경우 그 잔여기간을 보장기간으로 하여 갱신되는 것으로 합니다.

5 회사는 위 2,3 및 4에 의하여 갱신형 특별약관이 갱신되는 경우 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.

3. (자동갱신 적용)

1 회사는 갱신형 특별약관에 대하여 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우에는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 갱신형 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 해당 계약자가 납입하여야하는 갱신계약 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

3 1의 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 약관이 변경되어 보장내용이 변경된 경우에는 갱신형 특별약관의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 변경내용, 계약자의 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.

4 회사는 3의 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신형 특별약관은 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 갱신형 특별약관은 만료됩니다.

5 회사가 3의 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일에 갱신형 특별약관은 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 갱신일로부터 90일 이내에 그 갱신형 특별약관을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 갱신일 이후 납입한 해당 갱신형 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

4. (갱신계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 보통약관 28. (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간 안에 갱신계약 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약은 해지됩니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 갱신형 특별약관을 따릅니다.

7 | 장애인전용보험전환 특별약관

1. (특약의 적용범위)

1 이 특약은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.
① 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

인용문구

소득세법 제59조의4(특별세액공제)

① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각

호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

소득세법 시행령 제118조의4 (보험료세액공제)

① 법 제59조의4제1항제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

② 법 제59조의4제1항제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」,「신용협동조합법 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

소득세법 시행규칙 제61조의3 (공제대상보험료의 범위)

영 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

② 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서 규정한 장애인인 보험

인용 문구

〈「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위)」에서 규정한 장애인〉

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

〈소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위) 〉

영 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동복지지원법」 제21조제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

예시

〈이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 1〉

전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

〈이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 2〉

전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

〈이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 3〉

전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우

⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 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 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

3 2. (제출서류) 1에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 3. (장애인전용보험으로의 전환) 1에도 불구하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

4 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

2. (제출서류)

1 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하, "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 1. (특약의 적용범위) 1②에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

2 위 1에도 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 1의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

3 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 1에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

4 위 1에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

3. (장애인전용보험으로의 전환)

1 회사는 이 특약이 부가된 전환대상계약을 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

2 위 1에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

예시

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특약을 청약하기 전(2019년 1월 15일~ 2019년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019년6월1일~2019년12월31일) 납입된 보험료만 2019년 특별세액공제 대상이 됩니다.

3 위 2에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 4. (전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 2. (제출서류) 1에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 1. (특약의 적용범위) 1②에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

예시

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나

1) 2019년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.
2) 2020년 6월 1일에 전환을 취소한 경우, 2020년 1월부터 5월까지 납입된 보험료만 2020년 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되고 해당금액은 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액으로 종합소득산출세액에서 공제됩니다.

4 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 4. (전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 1. (특약의 적용범위) 1②에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 2. (제출서류) 1에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 1. (특약의 적용범위) 1②에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

4. (전환 취소)

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

5. (준용규정)

1 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련 법규에서 정하는 바에 따릅니다.

2 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

8 | 가입 후 무사고 고객 계약전환 특별약관

1. (특별약관의 목적)

이 특별약관은 보험계약 체결 이후 피보험자의 위험이 감소 되어 “무사고 기간”이 변경된 경우, 이 특별약관에서 정하는 바에 따라 이 특별약관이 부가되는 상품 내에서 피보험자의 건강상태에 부합하는 종으로 전환하여, 이후 보험기간에 대해 보험료를 변경하고 최초 계약체결시점과 동일한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

2. (계약전환 적용대상)

1 이 특별약관은 아래 ① 내지 ③의 조건을 모두 충족한 계약의 계약자가 5. (계약전환 안내 및 계약전환의 신청)에 따라 계약전환을 신청하고 회사가 정한 절차에 따라 이 특별약관이 부가되는 상품 내에서 피보험자의 건강상태에 부합하는 종으로 계약을 전환하는 경우에 적용합니다.

① 전환신청 시 전환전 계약의 보험료가 정상적으로 납입 된 유효한 계약일 것

② 피보험자의 무사고 기간이 변경되어 위험이 감소된 계약일 것

용어 풀이

위험이 감소된 경우(예시)

피보험자의 “무사고 기간”이 아래와 같이 변경된 경우를 말합니다.

- 최초계약일부터 1년간 6대질병의 진단확정 및 질병이나 상해로 인한 입원 수술을 받지 않은 경우
- 최초계약일부터 2년간 6대질병의 진단확정 및 질병이나 상해로 인한 입원 수술을 받지 않은 경우
- 최초계약일부터 3년간 6대질병의 진단확정 및 질병이나 상해로 인한 입원 수술을 받지 않은 경우
- 최초계약일부터 4년간 6대질병의 진단확정 및 질병이나 상해로 인한 입원 수술을 받지 않은 경우
- 최초계약일부터 5년간 6대질병의 진단확정 및 질병이나 상해로 인한 입원 수술을 받지 않은 경우

③ 전환전 계약이 3.5.5간편고지 계약이 아닐 것

2 회사는 위 1의 내용을 확인하여 계약전환을 승낙 또는 거절 할 수 있으며, 회사가 계약전환을 거절한 경우에는 기존계약이 유지됩니다.

3. (“무사고” 및 “무사고 기간”의 정의)

1 이 특별약관에 있어서 “무사고”라 함은 아래 ① 내지 ②를 모두 충족하는 경우를 말합니다.

① 최초 보험계약 시작일(갱신형인 경우 최초계약일) 이후에 질병이나 상해사고로 인하여 입원 또는 수술(제왕절개포함)을 받지 않은 경우

② 최초 보험계약 시작일(갱신형인 경우 최초계약일) 이후에 “6대질병”으로 진단확정되지 않은 경우

2 이 특별약관에 있어서 “무사고 기간”이라 함은 최초 보험계약 시작일(갱신형인 경우 최초계약일)부터 1에서 정한 “무사고” 상태가 계속하여 유지되는 기간을 말합니다. “무사고 기간”의 산정은 최초 보험계약 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험기간 시작일과 동일한 월,일을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.) 전일까지를 기준으로 합니다.

4. (“6대질병” 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “6대질병”이라 함은 “암”, “협심증”, “심근경색”, “뇌졸중증”, “간경화”, “심장판막증”을 말합니다.

2 이 계약에서 “암”이라 함은 「6대질병 분류표」(【별표13】6대질병 분류표 참조)에서 정한 질병 중 “암”을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

보험 지식

유의사항

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

〈 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 〉

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

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

4 위 3에 따른 "암"의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

예시

"암"의 진단이 가능하지 않을 때

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

5 이 특별약관에서 "협심증" 및 "심근경색"이라 함은 「6대질병 분류표」(【별표13】6대질병 분류표 참조)에서 정한 질병 중 "협심증", 및 "심근경색"을 말합니다.

6 "협심증" 및 "심근경색"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 협심증 및 심근경색으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 협심증 및 심근경색으로 확정되거나 추정되는 경우

7 이 특별약관에서 "뇌졸중증"이라 함은 「6대질병 분류표」(【별표13】6대질병 분류표 참조)에서 정한 질병 중 "뇌졸중증"을 말합니다.

8 "뇌졸중"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 보험기간 중 뇌졸중증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 뇌졸중증으로 확정되거나 추정되는 경우

9 이 특별약관에서 "간경화"라 함은 「6대질병 분류표」(【별표13】6대질병 분류표 참조)에서 정한 질병 중 "간경화"를 말합니다.

10 "간경화"의 진단확정은 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사에 의해 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자(이하 "의사"라고 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 "간경화"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

11 이 특별약관에서 "심장판막증"이라 함은 「6대질병 분류표」(【별표13】6대질병 분류표 참조)에서 정한 질병 중 "심장판막증"을 말합니다.

12 심장판막증"의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 심장판막증의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신

경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

① 이 특별약관의 보험기간 중에 "심장판막증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

② 부검감정서상 사인이 "심장판막증"으로 확정되거나 추정되는 경우

5. (계약전환 안내 및 계약전환의 신청)

1 회사는 계약자에게 "계약해당일" 이전까지 2회 이상 계약전환 요건, 계약전환 절차 및 계약전환 신청 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 알려드리고, 회사는 계약자의 계약전환 의사를 전화(음성녹음) 또는 직접 방문 또는 전자적 의사표시, 통신판매계약의 경우 통신수단을 통해 확인합니다.

2 위 1의 "계약해당일"이란 최초 보험계약 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 날을 말하며 최초 보험계약 시작일과 동일한 월,일을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 "계약해당일"로 합니다.

3 계약전환의 신청기한은 최초계약 체결시 가입한 간편고지 유형에 따라 아래와 같이 적용합니다.

최초계약 체결시	계약전환 신청기한
3.0.5간편고지	최초 보험계약 시작일로부터 1년이 경과한 날부터 최초 보험계약 시작일로부터 8년이 경과한 날 이전까지
3.1.5간편고지	최초 보험계약 시작일로부터 1년이 경과한 날부터 최초 보험계약 시작일로부터 7년이 경과한 날 이전까지
3.2.5간편고지	최초 보험계약 시작일로부터 1년이 경과한 날부터 최초 보험계약 시작일로부터 6년이 경과한 날 이전까지
3.3.5간편고지	최초 보험계약 시작일로부터 1년이 경과한 날부터 최초 보험계약 시작일로부터 5년이 경과한 날 이전까지
3.4.5간편고지	최초 보험계약 시작일로부터 1년이 경과한 날부터 최초 보험계약 시작일로부터 4년이 경과한 날 이전까지
3.5.5간편고지	계약전환 불가

4 위 3에서 정한 계약전환 신청 기한 내에 회사가 계약자의 계약전환 의사를 확인하지 못한 경우(계약자의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 계약전환 의사가 없는 것으로 봅니다.

6. (계약전환의 적용)

1 회사가 계약전환을 승낙하여 계약이 전환된 경우, "전환후 계약"은 3. ("무사고" 및 "무사고 기간"의 정의)에서 정한 "무사고 기간"에 따라 아래 계약으로 적용됩니다.

["무사고 기간" 별 전환가능계약 예시]

전환전계약 (계약체결시)	전환가능계약				
	무사고 기간 (1년)	무사고 기간 (2년)	무사고 기간 (3년)	무사고 기간 (4년)	무사고 기간 (5년이상)
3.0.5간편고지	3.1.5 간편고지	3.2.5 간편고지	3.3.5 간편고지	3.4.5 간편고지	3.5.5 간편고지
3.1.5간편고지	3.2.5 간편고지	3.3.5 간편고지	3.4.5 간편고지	3.5.5 간편고지	
3.2.5간편고지	3.3.5 간편고지	3.4.5 간편고지	3.5.5 간편고지		
3.3.5간편고지	3.4.5 간편고지	3.5.5 간편고지			
3.4.5간편고지	3.5.5 간편고지				
3.5.5간편고지	전환가능계약 없음				

2 위 1에 따라 계약전환이 되는 경우 "전환후 계약"은 아래에서 정한 사항에 대해 "전환전 계약"과 내용과 동일한 내용으로 전환됩니다.

① 보장내용
② 갱신/비갱신에 관한 사항
③ 납입면제 운영에 관한 사항 (고급형/실속형)
④ 해약환급금지급에 관한 사항 (해약환급금 지급형/ 해약환급금 미지급형B)
⑤ 간편고지유형을 제외한 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

3 "전환전 계약"에서 특별약관의 소멸사유가 발생한 경우에는 해당 특별약관은 계약전환이 불가능합니다(세부 보장별 소멸사유가 있는 경우에는 소멸사유가 있는 해당 세부 보장은 계약전환이 불가능함). "전환전 계약"에서 해당 특별약관이 "특별약관의 소멸" 조항에 의하여 이미 효력이 없음에도 불구하고 계약전환이 이루어진 경우에는 해당 특별약관을 무효로 하며 효력이 없어진 이후 이미 납입한 해당 특별약관의 보험료를 환급합니다.

4 "전환후 계약"의 적용일은 회사의 계약전환 신청 승낙 후 최초 도래하는 보험료 납입일로 합니다.

7. (계약전환에 관한 세부규정)

1 계약이 전환된 경우 "전환후 계약"의 적용일부터 납입하는 보험료가 변경되며, '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 방법에 따라 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 등의 차이로 인하여 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)이 발생할 수 있으며 회사는 정산금액이 발생한 경우 환급합니다.

2 위 1에 따라 회사가 지급하여할 금액은 정산금액과 이에 대한 이자(정산금액을 계약전환 적용일부터 지급일까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액)을 더한 금액으로 합니다.

3 계약이 전환되는 경우에는 만기(해지)환급금이 없거나 최초 가입시 안내한 만기(해지)환급금 보다 적어질 수 있습니다.

4 회사는 위 1 내지 2 에 따라 보험료 변경 및 정산금액 등을 환급하였으나 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 전환전 계약의 3. ("무사고" 및 "무사고 기간"의 정의)에서 정한 "무사고"의 판별 기준이 되는 사고를 알리지 않은 경우, 계약전환을 무효로 하며 "전환전 계약"이 계속 유지되는 것으로 합니다.

5 위 4에 따라 "전환후 계약"이 무효가 된 경우에는 위 2에 따라 환급 받았던 정산금액과 이자(이하 "추징액"이라 합니다)가 추징되며, "전환전 계약"의 유지를 위한 보험료 증액의 추가납입을 요구할 수 있으며 계약자는 이를 정상적으로 납입하여야 합니다.

6 회사는 위 5의 보험료 증액의 추가납입 및 추징액이 연체되는 경우에는 이 계약의 보험금 지급사유 발생시 해당금액을 보험금에서 삭감한 후 지급합니다.

7 계약이 전환되는 경우에도 최초계약의 "계약 전 알릴의무", "계약 후 알릴 의무", "알릴 의무 위반의 효과" 및 "사기에 의한 계약" 조항은 전환 후 계약에서도 효력이 계속됩니다.

8. (준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 해당 특별약관이 부가되는 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

9 | 장기보장성보험 적립부분 만기유지 특별약관

1. (특별약관의 체결 및 적용계약)

1 이 특별약관은 「보험계약」(보통약관을 말합니다. 이하 "보험계약"이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

2 이 특별약관은 다음의 사항이 모두 충족된 보험계약에 대하여 만기유지환급금을 적용합니다.

① 보험계약이 보험업감독규정 제1-2조 제3호의 '순수보장성보험을 제외한 보장성보험'인 경우

② 계약체결시점에 산출한 보험계약의 "제1회 적립보험료로 산출한 예상만기환급금"이 "총납입예상적립보험료"보다 작거나 같은 경우

③ 보험계약의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 정상적으로 납입이 완료되고 보험기간 종료시점까지 유지된 보험계약

3 위 2.②의 "제1회 적립보험료로 산출한 예상만기환급금"이라 함은 "제1회 적립보험료"로 산출한 적립부분 순보험료(제1회 적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다)에 대하여 보험료예상납입해당일에 이 보험계약의 보장부분 적용이율(단, 금리확정형인 경우 적립부분 적용이율)로 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 회사가 적립한 금액을 말합니다.

4 위 2.②의 "총납입예상적립보험료"라 함은 "제1회 적립보험료" 기준으로 적립보험료 납입기간과 납입주기를 곱한 적립보험료의 합계를 말합니다.

5 계약체결시 피보험자가 "태아"이고 "출생전자녀가입 특별약관"이 부가된 계약인 경우, 이 특별약관에서 "적립보험료"는 태아보장기간이 끝난 이후의 적립보험료를 말합니다.

용어 풀이

보험료예상납입해당일 계산 예시

'보험기간시작일' 및 '납입주기에 따른 보험기간시작일과 동일한 일'을 말하며, 해당년월에 보험료예상납입해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 보험료예상납입해당일로 합니다.
예시) 납입주기 : 월납
보험기간시작일 : 2022년 1월 31일
⇒ 2회 보험료예상납입해당일 : 2022년 2월 28일

총납입예상적립보험료

예시) 100세만기 20년납, 납입주기 월납, 적립보험료 10,000원
⇒ 20×12×10,000 = 2,400,000원

2. ("만기유지환급금"의 정의 및 지급)

1 이 특별약관에서 "만기유지환급금"이라 함은 "총납입적립보험료"에 1원을 더한 금액에서 "적용이율로 부리한 예상만기환급금"과 "공시이율로 부리한 예상만기환급금" 중 큰 금액을 차감한 금액을 말합니다.

2 위 1의 "총납입적립보험료"라 함은 납입기간 동안 납입한 적립보험료의 합계를 말합니다.

3 위 1의 "적용이율로 부리한 예상만기환급금"이라 함은 이 보험계약의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다)에 대하여 보험료예상납입해당일에 보장부분 적용이율(단, 금리확정형인 경우 적립부분 적용이율)로 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 회사가 적립한 금액을 말합니다.

4 위 1의 "공시이율로 부리한 예상만기환급금"이라 함은 이 보험계약의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다)에 대하여 보험료예상납입해당일에 공시이율(단, 금리확정형인 경우 적립부분 적용이율)로 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 회사가 적립한 금액을 말합니다.

5 만기유지환급금이 0원보다 작거나 같은 경우 만기유지환급금을 지급하지 않으며 만기유지환급금이 0원보다 큰 경우 일의 자리에서 올림하여 계산한 만기유지환급금을 이 보험계약의 만기환급금에 더하여 만기환급금으로 지급합니다.

용어 풀이

만기유지환급금 지급 예시

예시1) "총납입예상적립보험료" 10,100원,
"제1회 적립보험료로 산출한 예상만기환급금" 10,110원
- 만기환급금 금액과 관계 없이 만기유지환급금 적용계약 아님
: (총납입예상적립보험료 < "제1회 적립보험료로 산출한 예상만기환급금")

※ 예시2)내지 예시4)는 만기유지환급금 적용계약 가정
예시2) “총납입적립보험료” 10,100원, “적용이율로 부리한 예상만기환급금” 10,093원, “공시이율로 부리한 예상만기환급금” 10,090원 가정할 때
- 만기유지환급금 : (10,100원+1원) - Max(10,093원, 10,090원) = 8원
→ 만기유지환급금 = 10원(일의자리 올림)

예시3) “총납입적립보험료” 10,100원, “적용이율로 부리한 예상만기환급금” 10,093원, “공시이율로 부리한 예상만기환급금” 10,095원 가정할 때
- 만기유지환급금 : (10,100원+1원) - Max(10,093원, 10,095원) = 6원
→ 만기유지환급금 = 10원(일의자리 올림)

예시4) “총납입적립보험료” 10,100원, “적용이율로 부리한 예상만기환급금” 10,093원, “공시이율로 부리한 예상만기환급금” 10,105원 가정할 때
- 만기유지환급금 : (10,100원+1원) - Max(10,093원, 10,105원) = -4원
→ **0원**
→ 만기유지환급금 = 0

6 위 1 내지 5에도 불구하고 만기유지환급금은 “총납입평균적립보험료”에 1원을 더한 금액에서 “적용이율로 부리한 평균적립 만기환급금”을 차감한 금액(0원보다 작거나 같을 경우 0원으로 하며, 0원보다 큰 경우 일의 자리에서 올림)을 한도로 합니다.

7 위 6의 “총납입평균적립보험료”라 함은 납입기간 동안 납입한 “평균적립보험료”의 합계를 말합니다.

8 위 7의 “평균적립보험료”라 함은 납입방법에 따른 보험가입 후 1년간 납입한 적립보험료의 평균보험료를 말합니다.

9 위 6의 “적용이율로 부리한 평균적립 만기환급금”이라 함은 평균적립보험료로 산출한 적립부분 순보험료에 대하여 보험료예상납입해당일에 이 계약의 보장부분 적용이율(단, 금리확정형인 경우 적립부분 적용이율)로 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 회사가 적립한 금액을 말합니다.

3. (만기유지환급금 지급에 관한 세부규정)

1 만기유지환급금은 보험계약 종료시점에 1. (특별약관의 체결 및 적용계약)의 2에 해당되는 유효한 계약에 한하여 적용하며, 보험계약 종료시점까지 총납입적립보험료가 완납되지 않은 경우 만기유지환급금은 지급하지 않습니다.

2 1. (특별약관의 체결 및 적용계약)의 2에 해당되는 유효한 계약이 보험기간 중 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 납입한 적립보험료에 한하여 2. (“만기유지환급금”의 정의 및 지급)을 따릅니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보험계약의 보통약관을 따릅니다.

【별표1】 장해분류표

1 총칙

1. 장해의 정의

1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

'신체부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

2 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.
4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.

※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.
6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해' 라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
   나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장해를 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB: decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가 하여야 한다.
2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) '약간의 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) '평형기능에 장해를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능장해소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
   가) 뇌영상검사(CT, MRI)
   나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준

1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
   라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
   나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
   라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
   나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우
8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아수에 따라 지급률을 결정한다.
15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
   가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
   나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
   다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
   라) 코의 1/4 이상 결손
2) 머리
   가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
   나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
3) 목
   손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
   나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
   다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.
6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
   다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
   라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
8) 약간의 운동장해
   머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

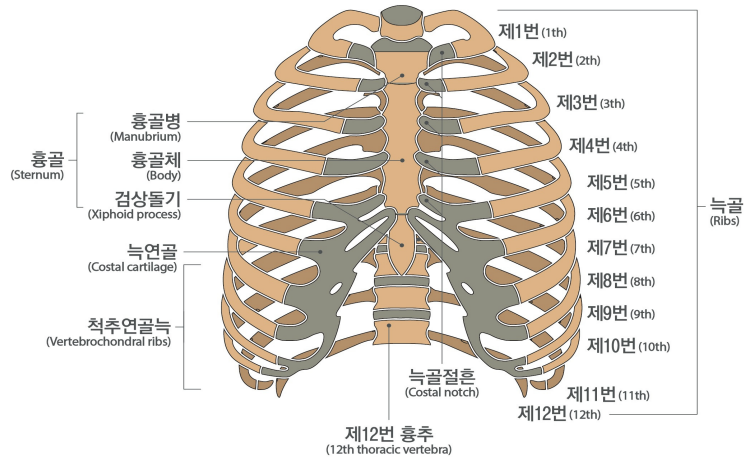
7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

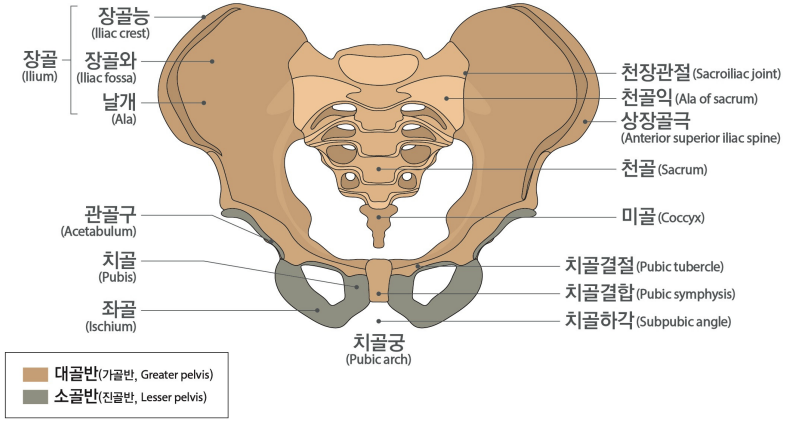
장해의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 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 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



〈 가슴뼈 〉



〈 골반뼈 〉

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
11) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
   ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
12) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
   ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한

뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 한손의 5개손가락을 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 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.

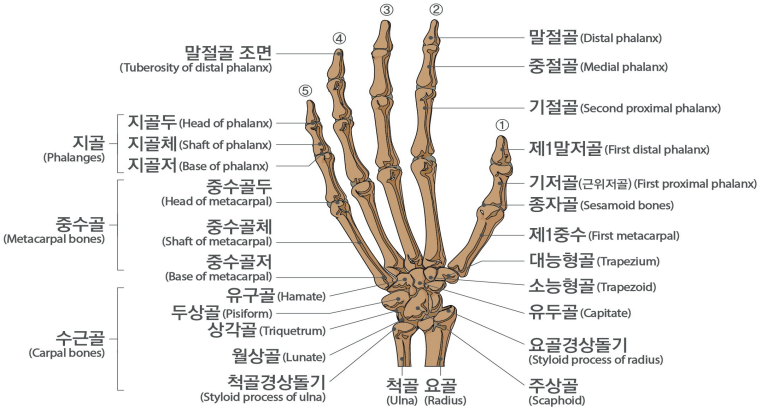
5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

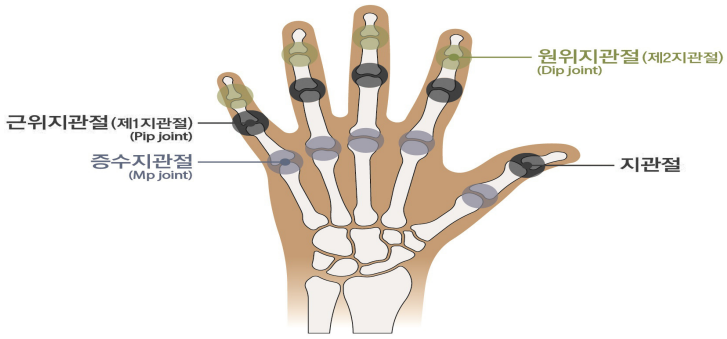
6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.





〈 손가락 〉

11. 발가락의 장해

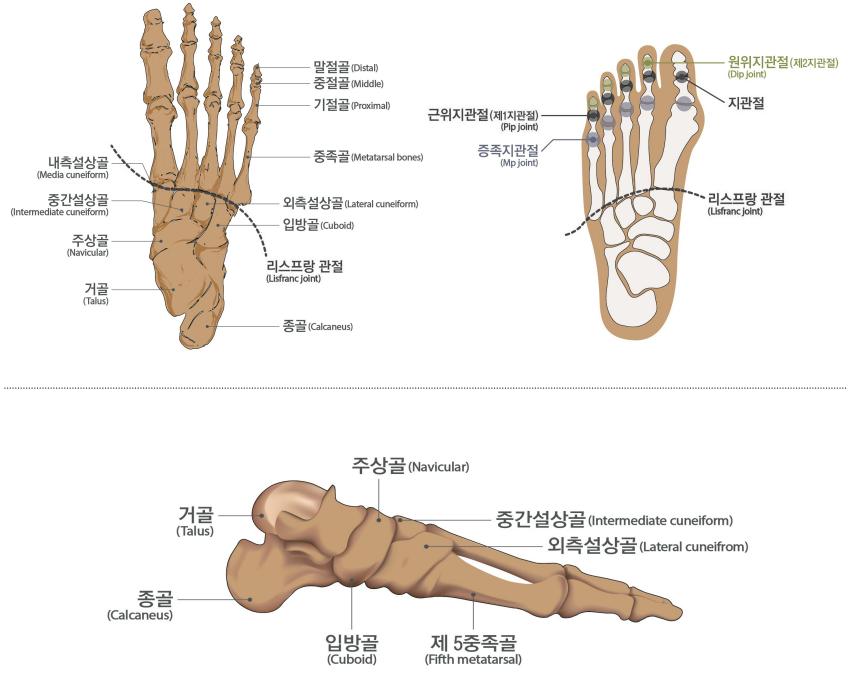
가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



〈 발가락 〉

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
   다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
   라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
   나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
   다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
   라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
   마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
   바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
   나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
   다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.
7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.
8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증 발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 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 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.
다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'주) 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) "치매"라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증

가) "뇌전증"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) "심한 뇌전증 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라) "뚜렷한 뇌전증 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) "약간의 뇌전증 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도	지급률(%)
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	40
	- 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태	30
	- 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태	20
	- 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태	10
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태	20
	- 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태	15
	- 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10
	- 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태	5
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태	20
	- 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태	15
	- 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10
	- 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때	5
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태	10
	- 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태	5
	- 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행 가능하나 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

【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
(보험금의 지급사유)의 보험금 및 (계약 및 특별약관의 소멸)의 계약자적립액 및 미경과보험료	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
보통약관 9. (만기환급금의 지급)의 만기환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보통약관 보장부분 보험기간 만기일까지의 기간	공시이율
	보통약관 보장부분 보험기간 만기일의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율의 50%
		1년초과기간 : 공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
보통약관 35. (해약환급금)의 해약환급금 및 특별약관 해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율[주6]의 50% 1년초과기간 : 공시이율[주6]의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 보통약관 8. (보험금의 지급절차)의 2, ① 내지 ⑥ 의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 해약환급금 미지급형B 계약의 경우 평균공시이율로 적용합니다.
7. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【별표3】 통합암(유사암제외) 분류표

약관에 규정하는 통합암(유사암제외)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

〈세부보장 - 1〉 두경부암

대상질병	분류번호
입술의 악성 신생물	C00
혓바닥의 악성 신생물	C01
혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C02
잇몸의 악성 신생물	C03
입바닥의 악성 신생물	C04
구개의 악성 신생물	C05
입의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C06
귀밑샘의 악성 신생물	C07
기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물	C08
편도의 악성 신생물	C09
입인두의 악성 신생물	C10
비인두의 악성 신생물	C11
이상동(梨狀洞)의 악성 신생물	C12
하인두의 악성 신생물	C13
입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C14
비강 및 중이의 악성 신생물	C30
부비동의 악성 신생물	C31
눈 및 부속기의 악성 신생물	C69

〈세부보장 - 2〉 위·식도암

대상질병	분류번호
식도의 악성 신생물	C15
위의 악성 신생물	C16

〈세부보장 - 3〉 소장·대장·항문 및 기타암

대상질병	분류번호
소장의 악성 신생물	C17
결장의 악성 신생물	C18
직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
직장의 악성 신생물	C20
항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26

〈세부보장 - 4〉 간·담낭·담도 및 췌장암

대상질병	분류번호
간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
담낭의 악성 신생물	C23
담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
췌장의 악성 신생물	C25

〈세부보장 - 5〉 흉곽내기관·중피성 및 연조직암

대상질병	분류번호
후두의 악성 신생물	C32
기관의 악성 신생물	C33
기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
흉선의 악성 신생물	C37
심장 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
중피종	C45

카포시육종	C46
말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물	C47
후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49

〈세부보장 - 6〉 골·피부 등 전신부위암

대상질병	분류번호
사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
피부의 악성 흑색종	C43
기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C77~80
독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97

〈세부보장 - 7〉 유방·비뇨기관·부신 및 내분비선암

대상질병	분류번호
유방의 악성 신생물	C50
신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
신우의 악성 신생물	C65
요관의 악성 신생물	C66
방광의 악성 신생물	C67
기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68
부신의 악성 신생물	C74
기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75

〈세부보장 - 8〉 (남성의 경우) 남성생식기암

대상질병	분류번호
음경의 악성 신생물	C60
전립선의 악성 신생물	C61
고환의 악성 신생물	C62
기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63

(여성의 경우) 여성생식기암

대상질병	분류번호
외음의 악성 신생물	C51
질의 악성 신생물	C52
자궁경부의 악성 신생물	C53
자궁체부의 악성 신생물	C54
자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
난소의 악성 신생물	C56
기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
태반의 악성 신생물	C58

〈세부보장 - 9〉 뇌 및 중추신경계통암

대상질병	분류번호
수막의 악성 신생물	C70
뇌의 악성 신생물	C71
척수 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72

〈세부보장 - 10〉 혈액암

대상질병	분류번호
호지킨림프종	C81
소포성 림프종	C82
비소포성 림프종	C83
성숙T/NK-세포림프종	C84
기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
악성 면역증식성 질환	C88
다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
림프성 백혈병	C91
골수성 백혈병	C92
단핵구성 백혈병	C93

명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
상세불명 세포형의 백혈병	C95
림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
진성 적혈구증가증	D45
골수형성이상증후군	D46
만성 골수증식질환	D471
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D473
골수섬유증	D474
만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D475

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.
5. 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77-C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【별표4】 1~5종수술 분류표

1. 일반적인 상해 및 질병 치료목적의 수술

구분	수술명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술[농양(고름집)의 절개 및 배액은 제외]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術)등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술 [다지증에 대한 절단수술은 제외]	-
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	-
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계,	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1

구분	수술명	수술 종류
흉부(胸部)의 수술	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술[하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외]	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심장막(心臟膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
소화기계의 수술	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양(고름집)수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] (단, 직장탈근본수술은 제외)	4
	44. 치루(痔漏), 치열(痔裂), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외]	1
비뇨기계, 생식기계의 수술 [인공임신중절 수술은 제외함]	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외]	2
	47. 방광류 교정수술	1
	48. 요실금수술(급여)	1
	49. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	50. 음경(陰莖) 절단수술 [포경수술 및 음경이물제거수술은 제외]	3
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2

구분	수술명	수술 종류
	52. 음낭관혈수술	1
	53. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 [단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외]	2
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術) (단, 질병1~5종수술비Ⅲ 담보에서만 보장)	1
	55. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술	1
	56. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비계의 수술	57. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	58. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	59. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	60. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	61. 신경(神經) 관혈수술	2
	62. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	63. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	64. 안검하수증(眼檢下垂症)수술 [안검내반증 제외]	1
	65. 눈물소관(淚小管,눈물길)형성수술 [누관튜브삽입술 포함]	1
	66. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	67. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	68. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	69. 각막, 공막 이식수술	2
	70. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	71. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	72. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	73. 망막박리(網膜剝離) 수술	2
	74. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술	1
	[시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외]	
	75. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술	2
	76. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	77. 안와내종양절제수술	3
	78. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	79. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	80. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	81. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	82. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	83. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외]	1
	84. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	85. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	86. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	87. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	88. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외]	2
	89. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터 (Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술	-
	89-1. 뇌, 심장	3
	89-2. 후두, 흉부장기[심장 제외], 복부장기[비뇨, 생식기 제외], 척추, 사지관절[손가락, 발가락은 제외]	2
	89-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

주1) 상기 1~89항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적(經皮的,Percutaneous) 수술은 89항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~89항)의 수술로 적용합니다.

주2) 상기 44항(치루(痔漏), 치열(痔裂), 치핵(痔核) 근본수술), 48항(요실금수술(급여))수술은 질병1~5종수술비Ⅲ 담보에만 적용되며, 상해1~5종수술비Ⅱ 담보는 보상하지 않습니다. 또한 48항(요실금수술(급여))는 피보험자가 남성인 경우 보상하지 않습니다.

주3) 상기 54항(제왕절개만출술(帝王切開娩出術)) 수술은 질병1~5종수술비Ⅲ 담보에

만 적용됩니다.

2. 악성신생물 치료목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery). 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술	3

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

3. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

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

[1~5종 수술분류표 사용 지침]

1. '수술'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '1~5종 수술분류표'에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 '수술'에서 제외합니다.

2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. '1~5종 수술분류표' 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준 :
'1~5종 수술분류표'에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   1) '1~5종 수술분류표' 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 '1~5종 수술분류표' 상의 동일부위 수술로 봅니다.
   2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술인 경우에는 '1~5종 수술분류표' 중 '1. 일반적인 상해 및 질병치료 목적의 수술' 89항 (악성신생물의 경우는 '2. 악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 요실금수술(급여) 대상 수가코드
약관에 규정하는 요실금수술(급여)로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내용	수가코드
요실금수술-개복에 의한 수술	R3562
요실금수술-질강을 통한 수술-자기근막을 이용한 경우 (근막채취료 포함)	R3564
요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	R3565

주) 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수술 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】 순환계질환 분류표

약관에 규정하는 순환계질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

구분		대상질병	분류번호
2종	특정 고혈압성질환	고혈압성 심장병	I11
		고혈압성 신장병	I12
		고혈압성 심장 및 신장병	I13
		이차성 고혈압	I15
	심장판막질환	비류마티스성 승모판장애	I34
		비류마티스성 대동맥판장애	I35
		비류마티스성 삼첨판장애	I36
		폐동맥판장애	I37
		달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39*
	특정 방실·좌각차단 및 전도장애	방실차단 1도	I44.0
		좌전섬유속차단	I44.4
		좌후섬유속차단	I44.5
		기타 및 상세불명의 섬유속차단	I44.6
		상세불명의 좌각차단	I44.7
		기타 전도장애	I45
	심장병합병증 및 심장장애	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
		달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52*
	죽상경화증	죽상경화증	I70
	말초 및 모세혈관질환	기타 말초혈관질환	I73
		모세혈관의 질환	I78
		달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애	I79*

구분		대상질병	분류번호
3종	특정정맥 혈관질환	정맥염 및 혈전정맥염	I80
		기타 정맥의 색전증 및 혈전증	I82
		기타 부위의 정맥류	I86
	림프절질환	비특이성 림프절염	I88
		림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I89
	특정순환계통의 기타장애	달리 분류되지 않은 순환계통의 처치후 장애	I97
		심혈관매독	I98.0*
		달리 분류된 기타 감염성 및 기생충성 질환에서의 심혈관장애	I98.1*
	급성 류마티스열	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
		심장 침범이 있는 류마티스열	I01
		류마티스무도병	I02
	만성 류마티스 심장질환	류마티스성 승모판질환	I05
		류마티스성 대동맥판질환	I06
		류마티스성 삼첨판질환	I07
		다발판막질환	I08
		기타 류마티스심장질환	I09
	심장염증질환	급성 심장막염	I30
		심장막의 기타 질환	I31
		달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32*
		급성 및 아급성 심내막염	I33
		상세불명 판막의 심내막염	I38
		급성 심근염	I40
		달리 분류된 질환에서의 심근염	I41*
	중증 방실차단	방실차단 2도	I44.1
		완전방실차단	I44.2
		기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
	부정맥	발작성 빈맥	I47
		심방세동 및 조동	I48
		기타 심장부정맥	I49

구분		대상질병	분류번호
4종	특정 동맥혈관 질환	기타 동맥류 및 박리	I72
		동맥색전증 및 혈전증	I74
		동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
	문맥혈전증	문맥혈전증	I81
	협심증	협심증	I20
	경증 허혈성심장질환	기타 급성 허혈심장질환	I24
		만성 허혈심장병	I25
	폐성심장병 및 폐순환의 질환	폐색전증	I26
		기타 폐성 심장질환	I27
		폐혈관의 기타 질환	I28
	심근병증	심근병증	I42
		달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43*
	심부전	심부전	I50
	경증 뇌혈관질환	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
		뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
		뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
		기타 뇌혈관질환	I67
		달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
		뇌혈관질환의 후유증	I69
	대동맥동맥류 및 박리	대동맥동맥류 및 박리	I71
	식도정맥류	식도정맥류	I85
		달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2*
		달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3*

구분		대상질병	분류번호
5종	급성심근경색증	급성 심근경색증	I21
		후속심근경색증	I22
		급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
	뇌출혈	거미막하출혈	I60
		뇌내출혈	I61
		기타 비외상성 두개내출혈	I62
	뇌경색증	뇌경색증	I63

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표6-1】 순환계질환(3-5종) 중 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 순환계질환(3-5종) 중 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

구분		대상질병	분류번호
4종	경증 뇌혈관질환	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
		뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
		뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
		기타 뇌혈관질환	I67
		달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
		뇌혈관질환의 후유증	I69
5종	뇌출혈	거미막하출혈	I60
		뇌내출혈	I61
		기타 비외상성 두개내출혈	I62
	뇌경색증	뇌경색증	I63

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표6-2】 순환계질환(3-5종) 중 심혈관 및 기타 질환 분류표

약관에 규정하는 순환계질환(3-5종) 중 심혈관 및 기타 질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

구분		대상질병	분류번호
3종	급성 류마티스열	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
		심장 침범이 있는 류마티스열	I01
		류마티스무도병	I02
	만성 류마티스 심장질환	류마티스성 승모판질환	I05
		류마티스성 대동맥판질환	I06
		류마티스성 삼첨판질환	I07
		다발판막질환	I08
		기타 류마티스심장질환	I09
	심장염증질환	급성 심장막염	I30
		심장막의 기타 질환	I31
		달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32*
		급성 및 아급성 심내막염	I33
		상세불명 판막의 심내막염	I38
		급성 심근염	I40
		달리 분류된 질환에서의 심근염	I41*
	중증 방실차단	방실차단 2도	I44.1
		완전방실차단	I44.2
		기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
	부정맥	발작성 빈맥	I47
		심방세동 및 조동	I48
		기타 심장부정맥	I49
	특정 동맥혈관 질환	기타 동맥류 및 박리	I72
		동맥색전증 및 혈전증	I74
		동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
	문맥혈전증	문맥혈전증	I81
4종	협심증	협심증	I20
	경증 허혈성심장질환	기타 급성 허혈심장질환	I24
		만성 허혈심장병	I25
	폐성심장병 및 폐순환의 질환	폐색전증	I26
		기타 폐성 심장질환	I27
		폐혈관의 기타 질환	I28
	심근병증	심근병증	I42
		달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43*
	심부전	심부전	I50
	대동맥동맥류 및 박리	대동맥동맥류 및 박리	I71
	식도정맥류	식도정맥류	I85
		달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2*
		달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3*
5종	급성심근경색증	급성 심근경색증	I21
		후속심근경색증	I22
		급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니

다.

3. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표7】 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45~C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성신생물	C60~C63
10. 요로의 악성신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증	D45
17. 골수형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가

변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.
4. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
5. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표8】 기타피부암 및 갑상선암 분류표

약관에 규정하는 기타피부암 및 갑상선암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 기타 피부의 악성신생물	C44
2. 갑상선의 악성신생물	C73

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표9】 제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표10】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표11】 11대특정암 분류표

약관에 규정하는 11대특정암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	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 관절연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 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-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
7. 담낭의 악성신생물	C23
8. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
9. 기관의 악성신생물	C33
10. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
11. 소장의 악성신생물	C17

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표12】 뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표13】 6대질병 분류표

약관에 규정하는 6대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병		분류기호
암	입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00~C14
	소화기관의 악성신생물	C15~C26
	호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물	C30~C39
	골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
	흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43~C44
	중피성 및 연조직의 악성신생물	C45~C49
	유방의 악성신생물	C50
	여성생식기관의 악성신생물	C51~C58
	남성생식기관의 악성신생물	C60~C63
	요로의 악성신생물	C64~C68
	눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69~C72
	갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73~C75
	불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76~C80
	림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
	독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
	진성 적혈구증가증	D45
	골수형성이상 증후군	D46
	만성 골수증식질환	D47.1
	본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
	골수섬유증	D47.4
	만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5
협심증, 심근경색	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속 심근경색증	I22

대상질병		분류기호
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	오래된 심근경색증	I25.2
뇌졸중증	거미막하 출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
간경화	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
심장판막증	비류마티스성 승모판장애	I34
	비류마티스성 대동맥판장애	I35
	비류마티스성 삼첨판장애	I36
	폐동맥판장애	I37
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	인공심장판막의 기계적 합병증	T820
	인공심장판막에 의한 감염 및 염증반응	T826
	인공심장판막의 존재	Z952
	이종심장판막의 존재	Z953
	기타 심장판막대치물의 존재	Z954

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표14】 뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표15】 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표16】 통합전이암 분류표

약관에 규정하는 통합전이암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

〈세부보장 - 1〉 위암 및 식도암의 전이암

대상질병	분류번호
위의 이차성 악성 신생물	C78.80

〈세부보장 - 2〉 소장·대장·항문암 및 기타암의 전이암

대상질병	분류번호
소장의 이차성 악성 신생물	C78.4
대장 및 직장의 이차성 악성 신생물	C78.5
비장의 이차성 악성 신생물	C78.82
기타 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.88
상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.89

〈세부보장 - 3〉 간·담낭·담도암 및 췌장암의 전이암

대상질병	분류번호
간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물	C78.7
췌장의 이차성 악성 신생물	C78.81

〈세부보장 - 4〉 흉곽내기관·중피성암 및 연조직암의 전이암

대상질병	분류번호
폐의 이차성 악성 신생물	C78.0
종격의 이차성 악성 신생물	C78.1
흉막의 이차성 악성 신생물	C78.2
기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물	C78.3
후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물	C78.6

〈세부보장 - 5〉 골·피부 등 전신부위암의 전이암

대상질병	분류번호
림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
피부의 이차성 악성 신생물	C79.2
골 및 골수의 이차성 악성 신생물	C79.5
기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	C79.88
상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79.9

〈세부보장 - 6〉 유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암의 전이암

대상질병	분류번호
신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	C79.0
방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	C79.1
유방의 이차성 악성 신생물	C79.80
부신의 이차성 악성 신생물	C79.7

〈세부보장 - 7〉 (남성의 경우) 남성생식기암의 전이암

대상질병	분류번호
생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81

(여성의 경우) 여성생식기암의 전이암

대상질병	분류번호
난소의 이차성 악성 신생물	C79.6
생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81

〈세부보장 - 8〉 뇌암 및 중추신경계통암의 전이암

대상질병	분류번호
뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물 신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	C79.3 C79.4

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표17】 고액치료비암 분류표

약관에 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	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 기타부분의 악성신생물	C70~C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표18】 심장질환(특정Ⅰ) 분류표

약관에 규정하는 심장질환(특정Ⅰ)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 기타 급성 허혈심장질환	I24
3. 만성 허혈심장병	I25
4. 급성 심장막염	I30
5. 심장막의 기타질환	I31
6. 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
7. 급성 및 아급성 심내막염	I33
8. 상세불명 판막의 심내막염	I38
9. 급성 심근염	I40
10. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표19】 심장질환(특정Ⅱ) 분류표

약관에 규정하는 심장질환(특정Ⅱ)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
4. 인공소생에 성공한 심장정지	I46.0

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표20】 심장질환(특정Ⅲ) 분류표

약관에 규정하는 심장질환(특정Ⅲ)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 비류마티스성 승모판장애	I34
2. 비류마티스성 대동맥판장애	I35
3. 비류마티스성 삼첨판장애	I36
4. 폐동맥판장애	I37
5. 달리분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
6. 발작성 빈맥	I47
7. 심방세동 및 조동	I48
8. 심부전	I50

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표21】 특정허혈심장질환 분류표

약관에 규정하는 특정허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속 심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 오래된 심근경색증	I25.2

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표22】 119대질병Ⅲ 분류표

약관에 규정하는 119대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

〈수술비의 경우 세부보장 - 1〉 20대질병

20대질병		분류기호
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	[A39.5† : 수막알균성 심장병((I32.0*,I39.8*,I41.0*,I52.0*))	A39.5†
	[B37.6† : 칸디다심내막염]	B37.6†
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	[B25.1† : 거대세포바이러스간염(K77.0*)]	B25.1†
	[B58.1† : 톡소포자충간염(K77.0*)]	B58.1†
동맥경화증	죽상경화증	I70
만성 하부호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식지속 상태	J46
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13

20대질병		분류기호
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	[B25.0† : 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)]	B25.0†
	[B05.2† : 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)]	B05.2†
	[B01.2† : 수두폐렴(J17.1*)]	B01.2†
	[B58.3† : 폐톡소포자충증(J17.3*)]	B58.3†
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1
	폐렴이 합병된 홍역	B05.2
결핵	결핵	A15~A19
	[M01.1* : 결핵관절염(A18.01†)]	M01.1*
	[M49.0* : 척추의 결핵(A18.00†)]	M49.0*
	[M90.0* : 뼈의 결핵(A18.02†)]	M90.0*
	[N33.0* : 결핵성 방광염(A18.11†)]	N33.0*
	[N74.0*,N74.1* : 여성생식기관의 결핵(A18.17†)]	N74.0*,N74.1*
	[K67.3* : 결핵성 복막염(A18.30†)]	K67.3*
	[K93.0* : 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-†)]	K93.0*
	결핵의 후유증	B90
신부전	신부전	N17~N19
패혈증	연쇄알균패혈증	A40
	기타 패혈증	A41
중추신경계통의 염증성 질환	중추신경계통의 염증성 질환	G00~G09
	[A39.0†:수막알균수막염(G01*)]	A39.0†
	[A87.1†:아데노바이러스수막염(G02.0*)]	A87.1†
	[A87.0†:엔테로바이러스수막염(G02.0*)]	A87.0†
	[B00.3†:헤르페스바이러스수막염(G02.0*)]	B00.3†

20대질병		분류기호
	[B05.1†:수막염이합병된홍역(G02.0*)]	B05.1†
	[B26.1†:볼거리수막염(G02.0*)]	B26.1†
	[B01.0†:수두수막염(G02.0*)]	B01.0†
	[B02.1†:대상포진수막염(G02.0*)]	B02.1†
	[B37.5†:칸디다수막염(G02.1*)]	B37.5†
	[B38.4†:콕시디오이데스진균수막염(G02.1*)]	B38.4†
	[A85.1†:아데노바이러스뇌염(G05.1*)]	A85.1†
	[A85.0†:엔테로바이러스뇌염(G05.1*)]	A85.0†
	[B00.4†:헤르페스바이러스뇌염(G05.1*)]	B00.4†
	[B05.0†:뇌염이합병된홍역(G05.1*)]	B05.0†
	[B26.2†:볼거리뇌염(G05.1*)]	B26.2†
	[B01.1†:수두뇌염(G05.1*)]	B01.1†
	[B02.0†:대상포진뇌염(G05.1*)]	B02.0†
	[B06.0†:신경학적합병증을동반한풍진(G05.1*,G02.0*]	B06.0†
	[A32.1†:리스테리아수막염및수막뇌염(G01*,G05.0*)]	A32.1†
	[A06.6†:아메바성뇌종양(G07*)]	A06.6†
	뇌의 특정염증성질환	A83~A86
파킨슨병	파킨슨병	G20
	이차성 파킨슨증	G21
다발경화증	다발경화증	G35
자율신경계통의 장애	자율신경계통의 장애	G90
	[G90.5 복합부위통증증후군 Ⅰ형] 제외	G90.5 제외
	[G90.6 복합부위통증증후군 Ⅱ형] 제외	G90.6 제외
	[G90.7 기타 및 상세불명 유형의복합부위통증증후군] 제외	G90.7 제외
대동맥류	대동맥동맥류 및 박리	I71
폐질환	폐기종	J43
	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	기관지확장증	J47
	하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
	흉막의 기타 질환	J90~J94

20대질병		분류기호
급성 췌장염	급성 췌장염	K85
췌장질환	췌장의 기타 질환 달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애 [B25.2†:거대세포바이러스췌장염(K87.1*)] [B26.3†:볼거리췌장염(K87.1*)]	K86 K87 B25.2† B26.3†
크로이츠펠트-야콥병	크로이츠펠트-야콥병	A81.0
조로증	조로증	E34.8
기타 동맥류 박리	기타 동맥류 및 박리	I72

수술비의 경우 세부보장 - 2〉 5대질병

5대질병		분류기호
위 · 십이지장궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명부위의 소화성궤양	K25 K26 K27
녹내장	녹내장 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H40 H42
뇌전증	뇌전증 뇌전증지속상태	G40 G41
버거씨병	폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1
위공장궤양	위공장궤양	K28

〈수술비의 경우 세부보장 - 3〉 68대생활질환

68대생활질환		분류기호
담석증	담석증	K80
사타구니 탈장	사타구니탈장	K40
편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
축농증	만성 부비동염	J32
손목터널증후군	손목터널증후군	G56.0
어깨병변	어깨병변	M75
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증 병적 골절이 없는 골다공증 달리 분류된 질환에서의 골다공증 골연속성의 장애	M80 M81 M82 M84
황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3
급성상기도감염	급성상기도감염	J00-J06
담낭담도질환	담낭염(쓸개염) 담낭의 기타질환 담도의 기타질환	K81 K82 K83
인후부위의 특정질환	편도주위 농양(고름집) 만성 후두염 및 후두기관염 달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환 상기도의 기타 질환	J36 J37 J38 J39
특정 부위의 탈장	대퇴탈장 배꼽탈장 복벽탈장	K41 K42 K43

68대생활질환		분류기호
	횡격막탈장 기타 복부탈장 상세불명의 복부탈장	K44 K45 K46
후각특정질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염 만성비염, 비인두염 및 인두염 코폴립 코 및 비동의 기타장애	J30 J31 J33 J34
중이의 진주종 및 폴립	중이의 진주종 중이의 폴립	H71 H74.4
귀경화증	귀경화증	H80
인플루엔자	확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자 확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J09 J10 J11
기타 급성 하기도감염	기타 급성 하기도감염	J20-J22
외부요인 폐질환	외부요인에 의한 폐질환	J60-J70
기타 호흡기질환	주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기질환	J80-J84
근육장애	근육장애	M60~M63
발바닥근막성 섬유종증	발바닥근막성 섬유종증	M72.2
중이 및 유돌의 질환	중이 및 유돌의 질환 [H71 : 중이의 진주종] 제외 [H74.4 : 중이의 폴립] 제외 [B05.3†:중이염이합병된홍역(H67.1*)]	H65~H75 H71 제외 H74.4 제외 B05.3†
내이의 질환	전정기능의 장애	H81

68대생활질환		분류기호
	달리 분류된 질환에서의 현기증후군 내이의 기타 질환	H82 H83
눈 및 눈부속기관의 특정질환	공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애 [B00.50†:홍채섬모체염(H22.0*)] [B00.51†:각막염(H19.1*)] [B30.0†:아데노바이러스에의한각막결막염(H19.2*)] 맥락막 및 망막의 장애 [H35.3:황반및후극부의변성]제외 [H35.0:배경망막병증 망막혈관변화]제외 주1)H35.0(배경망막병증 망막혈관변화) 중 고혈압성 망막병증에 한함 [H36.0:당뇨병성망막병증]제외 시신경 및 시각경로의 장애 눈 및 눈부속기의 기타 처치후 장애 주2)H59.8(눈 및 눈부속기의 기타 처치후 장애) 중 미만성 층판성 각막염에 한함	H15~H22 B00.50† B00.51† B30.0† H30~H36 H35.3 제외 H35.0주1)제외 H36.0 제외 H46~H48 H59.8주2)
사구체질환	사구체질환 [M32.1†:기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스(N08.5*)] 주3)M32.1†(기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스) 중 사구체질환을 동반한 전신홍반루푸스에 한함 [N08.3:당뇨병에서의사구체장애]제외	N00~N08 M32.1†주3) (N08.5*) N08.3 제외
신세뇨관-간질질환	신세뇨관-간질질환 [M32.1†:기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스(N16.4*)] 주4)M32.1†(기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스) 중 세뇨관-간질신장병증을 동반한 전신홍반루푸스에 한함	N10~N16 M32.1†주4) (N16.4*)
신장 및 요관의 기타 장애	신장 및 요관의 기타 장애	N25~N29
비뇨계통의 기타 질환	방광염 달리 분류되지 않은 방관의 신경근육기능장애 방광의 기타 장애	N30 N31 N32

68대생활질환		분류기호
	달리 분류된 질환에서의 방광장애 [N33.0*:결핵성방광염(A18.11†)]제외 달리 분류된 질환에서의 요도장애 [B37.40† : 칸디다 방광염 및 요도염(N37.0*)] 비뇨계통의 기타장애 [N39.3:스트레스요실금]제외 [N39.4:기타명시된요실금]제외	N33 N33.0*제외 N37 B37.40† N39 N39.3 제외 N39.4 제외
유방의 장애	유방의 장애	N60~N64
비감염성 장염 및 결장염	비감염성 장염 및 결장염	K50~K52
특정 장질환	장의 혈관장애 탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색 장의 게실병	K55 K56 K57
복막의 질환	복막의 질환 [K67.3*:결핵성복막염(A18.30†)]제외	K65~K67 K67.3*제외
척추변형	변형성 등병증	M40~M43
척추병증	강직척추염 기타 염증성 척추병증 척추증 기타척추병증 달리 분류된 질환에서의 척추병증 [M49.0* : 척추의 결핵(A18.00†)]제외	M45 M46 M47 M48 M49 M49.0*제외
추간판장애(디스크질환)	경추간판장애 기타 추간판장애 [G55.1*: 추간판장애에서의 신경근및신경총압박(M50-M51†)]	M50 M51 G55.1*
안면신경장애	삼차신경의 장애 안면신경장애 기타 뇌신경의 장애	G50 G51 G52
단일신경병증	팔의 단일신경병증 [G56.0:손목터널증후군]제외	G56 G56.0 제외

68대생활질환		분류기호
	다리의 단일신경병증 기타 단일신경병증 달리 분류된 질환에서의 단일신경병증 [G59.0*:당뇨병성단일신경병증]제외	G57 G58 G59 G59.0*제외
특정 누적외상성질환	결합조직의 기타 전신침범 경추상완증후군 기타 연조직장애 [M72.2:발바닥근막성섬유종증]제외 [M75:어깨병변]제외	M35 M53.1 M70~M79 M74 제외 M78 제외 M72.2 제외 M75 제외
윤활막 및 힘줄장애	윤활막 및 힘줄장애	M65~M68
식도질환	식도염 위-식도역류병 식도의 기타 질환 달리 분류된 질환에서의 식도의 장애	K20 K21 K22 K23
위,십이지장 질환	위염 및 십이지장염 기능성 소화불량	K29 K30
외이의 질환 및 귀의 기타장애	외이의 질환 귀의 기타장애	H60~H62 H90~H95
장의 특정기타질환	장의 농양 장의 천공(비외상성) 장의 누공 장의 궤양	K63.0 K63.1 K63.2 K63.3
특정 요도질환	요도염 및 요도증후군 요도협착 요도의 기타 장애	N34 N35 N36
당뇨병질환	1형 당뇨병 2형 당뇨병 영양실조-관련 당뇨병	E10 E11 E12

68대생활질환		분류기호
	기타 명시된 당뇨병	E13
	상세불명의 당뇨병	E14
	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3
고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
	고혈압성 뇌병증	I67.4
	배경망막병증 및 망막혈관변화	H35.0[주5)]
	[주5)]H35.0(배경망막병증 및 망막혈관변화) 중 고혈압성 망막병증에 한함	
소화계통의 양성신생물	기타 및 부위불명 소화계통의 양성신생물	D13
중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물	중이 및 호흡계통의 양성신생물	D14
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 양성신생물	D15
골 및 관절연골의 양성신생물	골 및 관절연골의 양성신생물	D16
조직의 양성신생물	중피조직의 양성신생물	D19
	후복막 및 복막 연조직의 양성신생물	D20
	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성신생물	D21
유방의	유방의 양성신생물	D24

68대생활질환		분류기호
양성신생물		
생식기의 양성신생물	자궁의 평활근종	D25
	자궁의 기타 양성 신생물	D26
	난소의 양성 신생물	D27
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
	남성생식기관의 양성 신생물	D29
비뇨기관의 양성신생물	비뇨기관의 양성신생물	D30
수막의 양성신생물	수막의 양성신생물	D32
뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물	D33
갑상선 및 내분비선의 양성신생물	갑상선의 양성신생물	D34
	기타 및 상세불명의 내분비선의 양성싱생물	D35
주침샘의 양성신생물	주침샘의 양성신생물	D11
부갑상선기능질환	부갑상선기능저하증	E20
	부갑상선기능항진증 및 부갑상선의 기타 장애	E21
뇌하수체기능질환	뇌하수체의 기능항진	E22
	뇌하수체의 기능저하 및 기타 장애	E23
특정소화기질환	위 및 십이지장의 기타질환	K31
장흡수장애	장흡수장애	K90
비장질환	비장의 질환	D73

68대생활질환		분류기호
전신결합조직 장애	결절성 다발동맥염 및 관련 병태	M30
	기타 괴사성 혈관병증	M31
대사장애	쿠싱증후군	E24
	부신생식기장애	E25
	고알도스테론증	E26
	부신의 기타 장애	E27
수면무호흡증	수면무호흡	G47.3
침샘질환	침샘의 질환	K11
갑상선질환	갑상선의 장애	E00~E07
	[H06.2* : 갑상선이상성 안구돌출(E05.0+)]	H06.2*
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
	방사선조사후 갑상선기능저하증	
	수술후 갑상선기능저하증	
기타 등병증	달리 분류되지 않은 기타 등병증	M53
	[M53.1 : 경추상완증후군] 제외	M53.1 제외
	등통증	M54

<수술비의 경우 세부보장 - 4> 특정다빈도4대질병

특정다빈도4대질병		분류기호
관절염	감염성 관절병증	M00~M03
	[M01.1* : 결핵관절염(A18.01+)] 제외	M01.1* 제외
	염증성 다발관절병증	M05~M14
	[J99.0* : 류마티스폐질환(M05.1+)]	J99.0*
	[M14.2* : 당뇨병성 관절병증] 제외	M14.2* 제외
	관절증	M15~M19
	기타 관절장애	M20~M25

특정다빈도4대질병		분류기호
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
결막장애	결막의 장애	H10~H13
생식기질환	남성 생식기관의 질환	N40~N45, N49~N51
	[A59.08+ : 기타 및 상세불명의 비뇨생식기계 편모충증(N51.0*)]	A59.08+주6)
	주6)A59.08+(기타 및 상세불명의 비뇨생식기계 편모충증) 중 편모충성 전립선염에 한함	
	[B26.0+ : 볼거리고환염(N51.1*)]	B26.0+
	여성 골반기관의 염증성 질환	N70~N77
	[N74.0*,N74.1* : 여성생식기관의 결핵(A18.17+주8))] 제외	N74.0*,N74.1*제외
	여성 생식관 비염증성 장애	N80~N95
	(습관적 유산자 제외)	
	(여성 불임 제외)	
	(인공 수정과 관련된 합병증 제외)	
	달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99

<수술비의 경우 세부보장 - 5> 22대질병

22대질병		분류기호
치핵	치핵 및 항문주위정맥혈전증	
	포함 - 치질	K64
	제외 - 합병증: 출산 및 산후기(O87.2), 임신(O22.4)	
치열 및 치루	항문 및 직장부의 열창 및 누공	K60
	항문 및 직장부의 농양	K61
	항문 및 직장의 기타 질환	K62

22대질병		분류기호
중증근무력증	중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
전신결합조직장애 II	전신홍반루푸스 피부다발근염 전신경화증	M32 M33 M34
안와장애	안와의 장애	H05
유리체의 장애	유리체의 장애	H43
골수염	골수염	M86
골괴사증	골괴사	M87
뼈의 파젯병	뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
연골병증	연골병증	M91~M94
눈및부속기양성신생물	눈 및 부속기의 양성 신생물	D31
동맥색전증 및 혈전증	동맥색전증 및 혈전증	I74
하지정맥류	하지의 정맥류 임신중 하지의 정맥류성 정맥 산후기중 기타 정맥합병증	I83 O22.0 O87.8
신장 및 요관의 결석	신장 및 요관의 결석	N20
충수질환	충수의 질환	K35~K38
요도결석증	요도결석 기타 하부요로결석 상세불명의 하부요로결석 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석	N21.1 N21.8 N21.9 N22*
방광의결석	방광의 결석	N21.0
다낭성	다낭성 난소증후군	E28.2

22대질병		분류기호
난소증후군		
대상포진	대상포진 [B02.0 : 대상포진뇌염(G05.1*)] 제외 [B02.1 : 대상포진수막염(G02.0*)] 제외	B02 B02.0 제외 B02.1 제외
식도정맥류	식도정맥류	I85
안구의 장애	안구의 장애	H44
음낭 정맥류	음낭 정맥류	I86.1

1. 당뇨병 질환(E10~E14)」에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있습니다(자세한 내용은 「한국표준질병사인분류」를 참고하시기 바랍니다.).
2. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
4. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
5. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표23】 화상분류표

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상상병 해당 여부를 판단합니다.

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

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표24】 골절 및 특정외상 분류표

약관에 규정하는 골절 및 특정외상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상상병 해당 여부를 판단합니다.

대상상병	분류번호
두개골 및 안면골의 골절	S02
경 막외출혈	S06.4
외상성 경막하출혈	S06.5
외상성 거미막하출혈	S06.6
지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
머리의 으깸손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체부위를 침범한 골절	T02
척추의 상세불명 부위의 골절	T08
팔의 상세불명 부위의 골절	T10
다리의 상세불명 부위의 골절	T12
상세불명의 신체부위의 골절	T14.2
병적 골절을 동반한 골다공증	M80

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표25】 골절 및 특정외상 등급분류기준표

같은 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 또는 특정외상 발생시에는 가장 높은 등급에 해당하는 골절 또는 특정외상을 기준으로 합니다.

등급	머리	목	몸통	팔	다리	기타
1	S02.0, S02.7, S02.9, S06.4-S06.7	S12.2, S12.7, S12.9, S14.1	S28.1	-	-	T02.6, T02.8
2	S02.8, T02.0	S12.0, S12.1, S12.8, S14.0, S14.2, S14.3, S14.6	S22.0, S22.4, S22.5, S32.3, S32.4, S32.5, S32.8	S42.3, S42.4, S42.7, S42.9, S48.0, T02.2	S72.0-S72.3, S72.7-S72.9, S78.0, S78.1, S78.9, S82.2, T02.3, T02.5	T02.7, T02.9, T14.2
3	S02.1, S02.2, S02.3, S02.4, S02.6, S07.0, S07.1, S07.8, S07.9, S09.9	-	S22.1, S22.2, S22.8, S22.9, S32.0, S32.1, S32.7, T02.1, T08.0, T08.1	S42.2, S42.8, S48.9, S52.0, S52.2, S52.6-S52.9, S62.4, T10.0, T10.1	S72.4, S82.1, S82.3, S82.7-S82.9, S92.7, T12.0, T12.1	-
4	-	S14.5	S22.3, S28.0, S32.2	S42.0, S42.1, S48.1,	S82.0, S82.4-S82.6,	-

등급	머리	목	몸통	팔	다리	기타
				S52.1, S52.3, S52.4, S52.5, S62.0-S62.3, S62.8	S92.0-S92.3, S92.9	
5		S14.4	-	S62.5, S62.6, S62.7, T02.4	S92.4 S92.5	
6	S02.5					M80.0, M80.1, M80.2, M80.3, M80.4, M80.5, M80.8, M80.9

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상상병 및 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표26】 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표27】 허혈심장질환 분류표

약관에 규정하는 허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속 심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표28】 골절(치아파절제외) 분류표

약관에 규정하는 골절(치아파절제외)로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상상병 해당 여부를 판단합니다.

대상상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체 부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표29】 골절 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상상병 해당 여부를 판단합니다.

대상상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체 부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표30】 갑상선암 분류표

약관에 규정하는 갑상선암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
갑상선의 악성신생물	C73

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표31】 주요뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 주요뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 거미막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
7. 파열되지 않은 대뇌동맥의 박리	I67.0
8. 파열되지 않은 대뇌동맥류	I67.1
9. 모야모야병	I67.5
10. 두개내정맥계통의 비화농성 혈전증	I67.6
11. 달리 분류되지 않은 대뇌동맥염	I67.7
12. 뇌아밀로이드혈관병증	I68.0
13. 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 대뇌동맥염	I68.1
14. 달리 분류된 기타 질환에서의 대뇌동맥염	I68.2

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표32】 주요허혈심장질환 분류표

약관에 규정하는 주요허혈심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 불안정협심증	I20.0
2. 연축의 기재가 있는 협심증	I20.1
3. 급성심근경색증	I21
4. 후속 심근경색증	I22
5. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
6. 심근경색증을 유발하지 않은 관상동맥혈전증	I24.0
7. 드레슬러증후군	I24.1

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표33】 7대기관질환 분류표

약관에 규정하는 7대기관질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상 질병 해당 여부를 판단합니다.

질환구분	대상질병	분류기호
뇌질환	거미막하 출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	기타 뇌혈관 질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69
심장질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	[A39.5† : 수막알균성 심장병((I32.0*,I39.8*,I41.0*,I52.0*))	A39.5† B37.6†
	[B37.6† : 칸디다심내막염]	
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	[B25.1† : 거대세포바이러스간염(K77.0*)]	B25.1†
	[B58.1† : 톡소포자충간염(K77.0*)]	B58.1†
폐질환	폐렴	J12~J18
	[B01.2† : 수두폐렴(J17.1*)]	B01.2†
	[B05.2† : 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)]	B05.2†
	[B25.0† : 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)]	B25.0†
	[B58.3† : 폐톡소포자충증(J17.3*)]	B58.3†
	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	폐기종	J43
	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	천식	J45
	천식지속 상태	J46
	기관지확장증	J47
	하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
신장질환	급성 신부전	N17
	만성 신장병	N18
	상세불명의 신부전	N19
소화기관질환	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명부위의 소화성궤양	K27
	장의 혈관장애	K55
	탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K56
	장의 게실병	K57
	식도의 기타 질환	K22.0-K22.7
담낭·담도 및 췌장질환	담석증	K80
	담낭염(쓸개염)	K81
	담낭의 기타질환	K82
	담도의 기타질환	K83
	급성 췌장염	K85
	췌장의 기타 질환	K86
	달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애	K87
	[B25.2†:거대세포바이러스췌장염(K87.1*)]	B25.2†
	[B26.3†:볼거리췌장염(K87.1*)]	B26.3†

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표34】 중대한특정상해 분류표

약관에 규정하는 중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상상병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상상병	분류번호
뇌손상	두개내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
	복강내 기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표35】 갑상선암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명

1 아래 “갑상선암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명은 2023년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 “갑상선암호르몬치료제” 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

2 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명

- 성분명은 “효능효과”를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. “갑상선암호르몬치료제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	레보티록신 Levothyrxine	씬지로이드정0.025밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.0375밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.05밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.075밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.112밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.15밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.1밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지로이드정0.2밀리그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정25마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정50마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정75마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정88마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정100마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정125마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)
		씬지록신정150마이크로그램(레보티록신나트륨수화물)

【별표36】 특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명

1 아래 “특정항암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명은 2023년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 “특정항암호르몬치료제” 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

2 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명

- 성분명은 “효능효과”를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. “특정항암호르몬치료제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론아세테이트(미분화) Abiraterone Acetate Micronized	자이티가정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화)) 아비테론정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
2	아나스트로졸 Anastrozole	아리미덱스정(아나스트로졸) 아나스토정(아나스트로졸) 테바아나스트로졸정1밀리그램 에이덱스정(아나스트로졸)
3	아팔루타마이드 Apalutamide	얼리다정(아팔루타마이드)
4	비칼루타미드 Bicalutamide	카소덱스정(비칼루타미드) 비카소정(비칼루타미드) 카소비트정(비칼루타미드) 프로카덱스정(비칼루타미드) 비카루드정(비칼루타미드) 프로칼린정50밀리그램(비칼루타미드) 프로세이드정(비칼루타미드) 칼루타미정50밀리그램(비칼루타미드) 칼루타미정150밀리그램(비칼루타미드) 테바비칼루타마이드정50밀리그램 카덱스정(비칼루타미드)
5	비칼루타미드(미분화) Bicalutamide micronized	피엠에스비칼루타미드정50밀리그램(비칼루타미드(미분화))
6	시프로테론아세테이트 Cyproterone Acetate	안드로쿨정(시프로테론아세테이트)
7	다로루타마이드 Darolutamide	뉴베카정300밀리그램(다로루타마이드)
8	데가렐릭스 Degarelix	퍼마곤주80밀리그램(데가렐릭스) 퍼마곤주120밀리그램(데가렐릭스)
9	엔잘루타마이드 Enzalutamide	엑스탄디연질캡슐40mg(엔잘루타마이드)
10	에스트라머스틴인산나트륨수화물 Estramustine Sodium	에스트라시트캡슐140밀리그램(에스트라머스틴인산나트륨수화물)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
	Phosphate Hydrate	
11	엑스메스탄 Exemestane	아로마신정25mg(엑스메스탄)
12	풀베스트란트 Fulvestrant	파슬로덱스주(풀베스트란트) 풀베트주(풀베스트란트)
13	고세렐린아세트산염 Goserelin Acetate	졸라덱스데포주사(고세렐린아세트산염) 졸라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
14	레트로졸 Letrozole	페마라정(레트로졸) 브레트라정(레트로졸) 레나라정(레트로졸) 파누엘정2.5밀리그램(레트로졸) 테바레트로졸정2.5밀리그램
15	류프로렐린아세트산염 Leuprorelin Acetate	로렐린주사액(류프로렐린아세트산염) 로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염) 루피어데포주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주45밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주7.5밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린주3.75mg(류프로렐린아세트산염)
16	류프로렐린아세트산염 Leuprorelin Acetate/Needle	루프린디피에스주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
17	메드록시프로게스테론아세테이트 Medroxyprogesterone	파루탈정(메드록시프로게스테론아세테이트)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
	Acetate	
18	메게스트롤아세테이트 Megestrol Acetate	메게시아정40mg(메게스트롤아세테이트) 메게시아정160mg(메게스트롤아세테이트)
19	타목시펜시트르산염 Tamoxifen Citrate	타목센정20밀리그램(타목시펜시트르산염) (수출명:Tamooex Tabs.20mg,XifenTabs.20mg,GyraxenTabs.20mg) 타모프렉스정10밀리그램(타목시펜시트르산염) 광동타목시펜정(타목시펜시트르산염) 타모프렉스정20밀리그램(타목시펜시트르산염) 광동타목시펜정20밀리그램(타목시펜시트르산염) 놀바덱스디정(타목시펜시트르산염) 놀바덱스정(타목시펜시트르산염)
20	트립토렐린아세트산염 Triptorelin Acetate	데카펩틸-데포(트립토렐린아세트산염) 데카펩틸주0.1밀리그램(트립토렐린아세트산염) 디페렐린피알3.75밀리그람주(트립토렐린아세트산염)
21	트립토렐린파모산염 Triptorelin Pamoate	디페렐린피알주11.25밀리그람(파모산트립토렐린) 디페렐린에스알주22.5밀리그램(트립토렐린파모산염)

【별표39】 뇌동맥류(비파열성) 분류표

약관에 규정하는 뇌동맥류(비파열성)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
파열되지 않은 대뇌동맥류	I67.1

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표40】 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명

① 아래 "표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명은 2022년 5월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 "표적항암제" 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

② 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

〈의약품명과 성분명〉

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 aflibercept	잘트랩주25mg/ml(애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염 alectinib	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 afatinib	지오트립정20밀리그램(아파티닙이말레산염) 지오트립정30밀리그램(아파티닙이말레산염) 지오트립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙) 인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조밉삼합체 bortezomib	벨조밉주1밀리그램(보르테조밉삼합체) 벨조밉주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체) 벨케이드주(보르테조밉삼합체) 벨킨주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체) 벨킨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체) 보테벨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체) 테조민주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체) 테조민주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체) 테조벨주(보르테조밉삼합체) 프로테조밉주(보르테조밉삼합체) 프로테조밉주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체) 화이자보르테조밉주3.5mg(보르테조밉일수화물)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메틱스정20밀리그램(카보잔티닙) 카보메틱스정40밀리그램(카보잔티닙) 카보메틱스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조밉 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조밉) 키프롤리스주60밀리그램(카르필조밉)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	크리조티닙 crizotinib	잴코리캡슐200밀리그램(크리조티닙) 잴코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
10	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염) 라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
11	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정20밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정50밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정70밀리그램(다사티닙) 스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
12	엘로티닙염산염 erlotinib	엘로쎄타정100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로쎄타정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘로팁정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용) 엘로팁정150밀리그램(엘로티닙염산염) 엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염) 엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염) 타쎄바정100밀리그램(엘로티닙염산염) 타쎄바정150밀리그램(엘로티닙염산염) 타쎄바정25밀리그램(엘로티닙염산염) 타쎄원정100밀리그램(엘로티닙염산염) 타쎄원정150밀리그램(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염) 테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
13	에베로리무스 everolimus	아피니토정10밀리그램(에베로리무스) 아피니토정2.5밀리그램(에베로리무스) 아피니토정5밀리그램(에베로리무스) 에리니토정10mg(에베로리무스) 에리니토정5밀리그램(에베로리무스)(5mg/1정) 에베로즈정 10밀리그램 에베로즈정 2.5밀리그램 에베로즈정 5밀리그램
14	게피티니브 gefitinib	레피사정(게피티니브) 스펙사정250밀리그램(게피티니브) 이레사정(게피티니브) 이레티닙정250밀리그램(게피티니브) 이레피논정(게피티니브) 제피티닙정(게피티니브)
15	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
16	이매티닙메실산염 imatinib	글로팁정400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염) 글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염) 글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리부렌정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리부렌정200밀리그램(이매티닙메실산염) 글리부렌정400밀리그램(이매티닙메실산염) 글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염) 글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염) 글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염) 루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염) 루키벡필름코팅정200밀리그램(이매티닙메실산염) 루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염) 류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염) 류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염) 유니팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		이매팁정100밀리그램(이매티닙메실산염) 이매팁정400밀리그램(이매티닙메실산염) 제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염) 제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염) 케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염) 케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
17	익사조밉시트레이트 ixazomib	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밉시트레이트) 닌라로캡슐3밀리그램(익사조밉시트레이트) 닌라로캡슐4밀리그램(익사조밉시트레이트)
18	라파티닙티토실레이트 lapatinib	타이커브정250밀리그램(라파티닙디토실레이트)
19	렌바티닙메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염) 렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)
20	닐로티닙 염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물) 타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
21	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립) 린파자정 100밀리그램(올라파립) 린파자정 150밀리그램(올라파립)
22	오시머티닙 osimertinib	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염) 타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
23	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐100mg(팔보시클립) 입랜스캡슐125mg(팔보시클립) 입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
24	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염) 보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
25	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염) 아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
26	라도티닙염산염	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염)
	radotinib	슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
27	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
28	룩소리티닙인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염) 자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염) 자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염) 자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
29	소라페닙토실레이트 (미분화) sorafenib	넥사바정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
30	수니티닙말산염	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염) 수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염) 수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)
31	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
32	트라메티닙 디메틸설폭시드 trametinib	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드) 매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
33	반데타닙 vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙) 카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
34	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
35	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐2.5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐7.5mg(레날리도마이드) 레날도캡슐10mg(레날리도마이드) 레날도캡슐15mg(레날리도마이드) 레날도캡슐20mg(레날리도마이드) 레날도캡슐25mg(레날리도마이드) 레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드) 레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드) 레날리드정(레날리도마이드) 레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드) 레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
36	보리노스타트 vorinostat	졸린자캡슐100밀리그램(보리노스타트)
37	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙) 알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙) 알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
38	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
39	니라파립 토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
40	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
41	트라스투주맙엠탄신 trastuzumabemtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신) 캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
42	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넷주150밀리그램(트라스투주맙) 허셉틴주150밀리그람(트라스투주맙) (단클론항체,유전자재조합) 허셉틴주440밀리그램(트라스투주맙)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
		허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맙) 허쥬마주150mg(트라스투주맙) (단클론항체,유전자재조합) 허쥬마주440mg(트라스투주맙) (단클론항체,유전자재조합)
43	오비누투주맙 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙,유전자재조합)
44	실툭시맙 siltuximab	실반트주100밀리그램(실툭시맙,유전자재조합) 실반트주400밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
45	세툭시맙 cetuximab	얼비툭스주5mg/mL(세툭시맙)
46	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주35마이크로그램 (블리나투모맙,유전자재조합)
47	브렌툭시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
48	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
49	리툭시맙 rituximab	맙테라주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합) 맙테라피하주사(리툭시맙)(유전자재조합) 트룩시마주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
50	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터 (라무시루맙,유전자재조합)
51	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
52	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
53	니볼루맙	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
	nivolumab	옵디보주100mg(니볼루맙,유전자재조합) 옵디보주240mg(니볼루맙,유전자재조합)
54	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
55	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램 탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드) 탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드) 탈로다캡슐100밀리그램(탈리도마이드) 탈로다캡슐50밀리그램(탈리도마이드) 탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드) 탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
56	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드) 포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
57	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리무맙, 유전자재조합) 여보이주500밀리그램/10밀리리터 (이필리무맙, 유전자재조합)
58	더발루맙 durvalumab	임핀지주(더발루맙)
59	이노투주맙오조가마이신 inotuzumab ozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
60	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
61	아베마시클립 abemaciclilb	버제니오정50밀리그램(아베마시클립) 버제니오정100밀리그램(아베마시클립) 버제니오정150밀리그램(아베마시클립) 버제니오정200밀리그램(아베마시클립)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
62	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스) 벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스) 벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)
63	길테리티닙푸마르산염 gilteritinib	조스파타정40밀리그램(길테리티닙푸마르산염)
64	다코미티닙 dacomitinib hydrate	비짐프로정15밀리그램(다코미티닙수화물) 비짐프로정45그램(다코미티닙수화물) 비짐프로정30밀리그램(다코미티닙수화물)
65	리보시클립 ribociclib	키스칼리정 200밀리그램(리보시클립숙신산염)
66	엔트렉티닙 entrectinib	로즐리트렉캡슐100밀리그램(엔트렉티닙) 로즐리트렉캡슐200밀리그램(엔트렉티닙)
67	라로트렉티닙 larotrectinib	비트락비액(라로트렉티닙황산염) 비트락비캡슐100밀리그램(라로트렉티닙황산염) 비트락비캡슐25밀리그램(라로트렉티닙황산염)
68	레이저티닙 Lazertinib	렉라자정80밀리그램(레이저티닙메실산염일수화물)
69	엔코라페닙 Encorafenib	비라토비캡슐75밀리그램(엔코라페닙)
70	이사툭시맙 Isatuximab	살클리사주(이사툭시맙)
71	티사젠렉류셀 Tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)
72	탈라조파립 Talazoparib	탈제나캡슐1mg 탈제나캡슐0.25mg
73	로라티닙 Lorlatinib	로비큐아정25mg 로비큐아정100mg

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
74	겜투주맙오조가마이신 Gemtuzumab Ozogamicin	마일로탁주4.5mg
75	아미반타맙 Amivantamab	리브리반트주(아미반타맙)
76	소토라십 Sotorasib	루마크라스정120mg
77	폴라투주맙베도틴 Polatuzumab Vedotin	폴라이비주(폴라투주맙베도틴)
78	네라티닙말레산염 Neratinib Maleate	너링스정(네라티닙말레산염)
79	자누브루티닙 Zanubrutinib	브루킨사캡슐80밀리그램(자누브루티닙)
80	테포티닙염산염수화물 Tepotinib Hydrochloride Hydrate	텝메코정225밀리그램(테포티닙염산염수화물)
81	프랄세티닙분무건조 분산체 Pralsetinib Spray Dried Dispersion	가브레토캡슐100밀리그램(프랄세티닙)
82	셀퍼카티닙 Selpercatinib	레테브모캡슐40밀리그램(셀퍼카티닙) 레테브모캡슐80밀리그램(셀퍼카티닙)
83	애시미닙염산염 Asciminib Hydrochloride	셈블릭스정20밀리그램(애시미닙염산염) 셈블릭스정40밀리그램(애시미닙염산염)
84	카프마티닙 염산염일수화물 Capmatinib Hydrochloride Monohydrate	타브렉타정150밀리그램(카프마티닙염산염일수화물)
85	퍼투주맙/ 트라스투주맙 Pertuzumab/ Trastuzumab	페스코피하주사1200/600밀리그램 (퍼투주맙/트라스투주맙) 페스코피하주사600/600밀리그램 (퍼투주맙/트라스투주맙)
86	티라브루티닙염산염 Tirabrutinib Hydrochloride	베렉스브루정80밀리그램(티라브루티닙염산염)

1. 성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
2. 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
3. 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. "표적항암제" 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

【별표41】 5대골절 분류표

약관에 규정하는 5대골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상상병 해당 여부를 판단합니다.

대상상병	분류번호
1. 머리의 으깸손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0, S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표42】 대상포진 분류표

약관에 규정하는 대상포진으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
대상포진	B02

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표43】 대상포진눈병 분류표

약관에 규정하는 대상포진눈병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
대상포진눈병	B02.3

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표44】 통풍 분류표

약관에 규정하는 통풍으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 통풍	M10

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표45】 주요장질환 분류표

약관에 규정하는 주요장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
크론병	K50
궤양성 대장염	K51

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표46】 충수염(맹장염) 분류표

약관에 규정하는 충수염(맹장염)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
급성 충수염	K35
기타 충수염	K36
상세불명의 충수염	K37
충수의 기타 질환	K38

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표49】 요실금 분류표

약관에 규정하는 요실금으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
스트레스 요실금	N39.3
기타 명시된 요실금	N39.4
상세불명의 요실금	R32

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표50】 요실금수술 대상 수가코드

약관에 규정하는 요실금수술(급여)로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내용	수가코드
요실금수술-개복에 의한 수술	R3562
요실금수술-질강을 통한 수술-자기근막을 이용한 경우 (근막채취료 포함)	R3564
요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	R3565

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수술 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표51】 5대기관 양성신생물(폴립포함) 분류표

약관에 규정하는 5대기관의 양성신생물(폴립포함)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호
간, 담관 및 췌장	1. 간의 양성신생물, 간내담관의 양성신생물	D13.4
	2. 간외담관의 양성신생물	D13.5
	3. 췌장의 양성신생물	D13.6
갑상선	4. 갑상선의 양성신생물	D34
남성생식기관	5. 남성생식기관의 양성신생물	D29
여성생식기관	6. 자궁의 평활근종	D25
	7. 자궁의 기타 양성신생물	D26
	8. 난소의 양성신생물	D27
	9. 기타 및 상세불명 여성생식기관의 양성신생물	D28
	10. 여성생식기관의 폴립	N84

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표52】 5대기관 양성신생물(폴립포함) 수술(급여) 대상 수가코드

약관에 규정하는 5대기관 양성신생물 수술(급여)로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	대상수술	분류번호
	내시경 종양제거 수술	Q7611 ~Q7789 QX706
간	간농양(낭종) 수술	
	가. 개복에 의한 흡입	Q7211
	나. 배액을 위한 간절개술	Q7212
	다. 조대술	Q7213
	라. 낭종적출술	Q7214
담낭 및 담도	담도낭종수술	
	가. 우회술	Q7331
	나. 절제술	Q7332
	담도종양수술	
	가. 양성	Q7341
췌장	췌장가성낭종수술	
	가. 조대술	Q7541
	나. 외부배액법	Q7542
	다. 내부배액법	Q7543
	췌장양성종양(낭종, 선종) 절제	Q7550
갑상선	갑상선수술	
	가. 갑상선염 전절제술	
	(1) 편측	P4551
	(2) 양측	P4552
	나. 갑상선염 아전절제술	

구분	대상수술	분류번호
남성생식기관	(1) 편측	P4553
	(2) 양측	P4554
	갑상선설관낭종절제술	P4558
	외성기 종양적출술	
	가. 양성	R4001
여성생식기관	외음부 종양적출술	
	가. 양성	R4066
	질 종양적출술	
	가. 양성	R4070
	자궁근종절제술	
	가. 복부접근	
	(1) 단순	R4124
	(2) 복잡	R4127
	나. 질부접근	R4123
	다. 복강경술	
	(1) 단순	R4128
	(2) 복잡	R4129
	자궁경하 자궁근종절제술	
	가. 3cm 미만	R4125
	나. 3cm 이상(다발성 포함)	R4126
	자궁경관점막폴립절제술	R4240
	자궁경하 자궁내막폴립절제술	R4241
	부속기 종양 적출술	
	가. 양성	R4421

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수술 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표54】 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」 제2조 제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

※ 응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 증상
나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알코올 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복만염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함). 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18%이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상

가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절, 외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
라. 출혈 : 혈관손상
마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다.)
바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가필요한 증상
사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

▸ 관련법령이 변경되는 경우 변경된 법률을 적용합니다.

【별표55】 주요심·뇌·5대혈관 분류표

약관에 규정하는 주요심·뇌·5대혈관으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병		분류기호
심장질환	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
	허혈심장질환	I20-I25
	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	비류마티스성 승모판장애	I34
	비류마티스성 대동맥판장애	I35
	비류마티스성 삼첨판장애	I36
	폐동맥판장애	I37
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	방실차단 및 좌각차단	I44
	기타 전도장애	I45
	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
	급성 심장사로 기술된 것	I46.1
	상세불명의 심장정지	I46.9
	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
	심부전	I50
	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
	[A39.5† : 수막구균성 심장병 등 ((I32.0*,I39.8*,I41.0*,I52.0*))]	A39.5†
	[B37.6† : 칸디다심내막염]	B37.6†
뇌혈관질환	뇌혈관질환	I60-I69
5대혈관질환	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26-I28
	죽상경화증	I70
	대동맥 동맥류 및 박리	I71
	식도정맥류	I85, I98.2, I98.3
	위정맥류	I86.4

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표56】 4대순환계질환 분류표

약관에 규정하는 4대순환계질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

〈세부보장 - 1〉 특정하지정맥류질환

대상질병	분류번호
궤양을 동반한 하지의 정맥류	I83.0
궤양과 염증을 동반한 하지의 정맥류	I83.2

〈세부보장 - 2〉 특정3대심장질환

대상질병		분류번호
인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
부정맥	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
심부전	심부전	I50

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상상병 및 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표57】 척추상해 분류표

약관에 규정하는 척추상해로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상상병 해당 여부를 판단합니다.

대상상병	분류번호
목의 골절	S12
흉추의 골절	S22.0
흉추의 다발골절	S22.1
요추 및 골반의 골절	S32
목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S13
흉추간판의 외상성 파열	S23.0
흉추의 탈구	S23.1
흉추의 염좌 및 긴장	S23.3
요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	S33
경부척수의 진탕 및 부종	S14.0
경부척수의 기타 및 상세불명의 손상	S14.1
경추 신경근의 손상	S14.2
상완신경총의 손상	S14.3
흉수의 진탕 및 부종	S24.0
흉수의 기타 및 상세불명의 손상	S24.1
흉추 신경근의 손상	S24.2
요수의 진탕 및 부종	S34.0
요수의 기타 손상	S34.1
요추 및 천추의 신경근 손상	S34.2
말총의 손상	S34.3
요천수신경총의 손상	S34.4
기타 신체부위를 복합적으로 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03.8
척추의 상세불명 부위의 골절	T08

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행

되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표58】 척추질병 분류표

약관에 규정하는 척추질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
척주후만증 및 척주전만증	M40
척주측만증	M41
척추골연골증	M42
기타 변형성 등병증	M43
강직척추염	M45
기타 염증성 척추병증	M46
척추내 농양(고름집) 및 육아종	G06.1
척추증	M47
[G55.2* : 척추증에서의 신경근 및 신경총 압박(M47.-†)]	G55.2*
기타 척추병증	M48
달리 분류된 질환에서의 척추병증	M49
[A18.00† : 척추의 결핵(M49.0*)]	A18.00†
경추간판장애	M50
기타 추간판 장애	M51
[G55.1* : 추간판 장애에서의 신경근 및 신경총 압박(M50-M51†)]	G55.1*
달리 분류되지 않은 기타 등병증	M53
등통증	M54
[G55.3* : 기타 등병증에서의 신경근 및 신경총 압박 (M45-M46†, M48.-†, M53-M54†)]	G55.3*
달리 분류되지 않은 척추후궁절제후 증후군	M96.1
척추후궁절제후 척주후만증	M96.3
(척추)부분탈구복합	M99.1
신경관의 부분탈구성 협착	M99.2
신경관의 골성 협착	M99.3

대상질병	분류번호
신경관의 결합조직협착	M99.4
신경관의 추간판협착	M99.5
추간공의 골성 또는 부분탈구성 협착	M99.6
추간공의 결합조직 및 원반 협착	M99.7
척수의 기타 질환	G95
말총증후군(Cauda equina syndrome)	G83.4
척주의 악성 신생물	C41.2
골반골, 천골(薦骨) 및 미추의 악성 신생물	C41.4
척수의 악성 신생물	C72.0
말총의 악성 신생물	C72.1
척수막의 악성 신생물	C70.1
척수의 양성 신생물	D33.4
척수막의 양성 신생물	D32.1
골반골, 천골(薦骨) 및 미추의 양성 신생물	D16.8
척주의 양성 신생물	D16.6
척수의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43.4
척수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42.1

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표59】 급여 안면부창상봉합술 (3cm이상 또는 근육에 달하는 것) 대상 수가코드

약관에 규정하는 창상봉합술로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내용	수가코드
창상봉합술	
가. 안면 또는 경부	
(1) 단순봉합	
(가) 표재성인 것	
3) 길이 3.0cm 이상~5.0cm 미만	S0027
4) 길이 5.0cm 이상~7.5cm 미만	S0028
5) 길이 7.5cm 이상~10.0cm 미만	S0029
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm 증가될때마다 52.00점을 추가 가산한다.	S0030
(나) 근육에 달하는 것	
1) 길이 1.5cm 미만	S0031
2) 길이 1.5cm 이상~3.0cm 미만	S0032
3) 길이 3.0cm 이상~5.0cm 미만	S0037
4) 길이 5.0cm 이상~7.5cm 미만	S0038
5) 길이 7.5cm 이상~10.0cm 미만	S0039
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 52.00점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm 증가될때마다 52.00점을 추가 가산한다.	S0040

내용	수가코드
(2) 변연절제를 포함	
(가) 표재성인 것	
3) 길이 3.0cm 이상~5.0cm 미만	
4) 길이 5.0cm 이상~7.5cm 미만	SA027
5) 길이 7.5cm 이상~10.0cm 미만	SA028
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우	SA029
소정점수에 63.81점을 가산하며,	
창상봉합길이가 5cm 증가될때마다 63.81점을	SA030
추가 가산한다.	
(나) 근육에 달하는 것	
1) 길이 1.5cm 미만	
2) 길이 1.5cm 이상~3.0cm 미만	SA031
3) 길이 3.0cm 이상~5.0cm 미만	SA032
4) 길이 5.0cm 이상~7.5cm 미만	SA037
5) 길이 7.5cm 이상~10.0cm 미만	SA038
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우	SA039
소정점수에 63.81점을 가산하며,	
창상봉합길이가 5cm 증가될때마다 63.81점을	SA040
추가 가산한다.	

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표60】 급여 창상봉합술 대상 수가코드

약관에 규정하는 창상봉합술로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내용	수가코드
창상봉합술	
가. 안면 또는 경부	
(1) 단순봉합	
(가) 표재성인 것	
3) 길이 3.0cm 이상~5.0cm 미만	S0027
4) 길이 5.0cm 이상~7.5cm 미만	S0028
5) 길이 7.5cm 이상~10.0cm 미만	S0029
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우	
소정점수에 52.00점을 가산하며,	S0030
창상봉합길이가 5cm 증가될때마다 52.00점을	
추가 가산한다.	
(나) 근육에 달하는 것	
1) 길이 1.5cm 미만	S0031
2) 길이 1.5cm 이상~3.0cm 미만	S0032
3) 길이 3.0cm 이상~5.0cm 미만	S0037
4) 길이 5.0cm 이상~7.5cm 미만	S0038
5) 길이 7.5cm 이상~10.0cm 미만	S0039
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우	
소정점수에 52.00점을 가산하며,	S0040
창상봉합길이가 5cm 증가될때마다 52.00점을	
추가 가산한다.	
(2) 변연절제를 포함	

내용	수가코드
(가) 표재성인 것	
3) 길이 3.0cm 이상~5.0cm 미만	SA027
4) 길이 5.0cm 이상~7.5cm 미만	SA028
5) 길이 7.5cm 이상~10.0cm 미만	SA029
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm 증가될때마다 63.81점을 추가 가산한다.	SA030
(나) 근육에 달하는 것	
1) 길이 1.5cm 미만	SA031
2) 길이 1.5cm 이상~3.0cm 미만	SA032
3) 길이 3.0cm 이상~5.0cm 미만	SA037
4) 길이 5.0cm 이상~7.5cm 미만	SA038
5) 길이 7.5cm 이상~10.0cm 미만	SA039
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 63.81점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm 증가될때마다 63.81점을 추가 가산한다.	SA040
가. 안면과 경부 이외	
(1) 단순봉합	
(가) 표재성인 것	
3) 길이 5.0cm 이상~10.0cm 미만	SB029
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm 증가될때마다 78.50점을 추가 가산한다.	SB030
(나) 근육에 달하는 것	
1) 길이 2.5cm 미만	SB031
2) 길이 2.5cm 이상~5.0cm 미만	SB032
3) 길이 5.0cm 이상~10.0cm 미만	SB039
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm 증가될때마다 78.50점을 추가 가산한다.	SB040
(2) 변연절제를 포함	
(가) 표재성인 것	
3) 길이 5.0cm 이상~10.0cm 미만	
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 103.14점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm 증가될때마다 103.14점을 추가 가산한다.	SC029
(나) 근육에 달하는 것	SC030
1) 길이 2.5cm 미만	
2) 길이 2.5cm 이상~5.0cm 미만	SC031
3) 길이 5.0cm 이상~10.0cm 미만	SC032
주: 길이 10cm이상 창상봉합술을 시행할 경우 소정점수에 103.14점을 가산하며, 창상봉합길이가 5cm 증가될때마다 103.14점을 추가 가산한다.	SC039 SC040

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표61】 추간판탈출증 분류표

약관에 규정하는 추간판탈출증으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장대상 상병 해당 여부를 판단합니다.

대상상병	분류번호
1. 경추간판장애	M50
2. 기타 추간판장애	M51

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표62】 추간판탈출증 신경차단술(급여) 대상 수가코드

약관에 규정하는 신경차단술로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제6장(마취료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내용	수가코드
거미막하 신경차단술	LA210
경막외 신경차단술	
가. 일회성 차단	
(1) 경추 및 흉추	LA321
(2) 요추 및 천추	LA322
나. 지속적 차단	
(1) 피하터널식 카테터 삽입에 의한 방법	LA222, LA223
(2) 피하매몰 저장기펌프 삽입술에 의한 방법	LA224, LA225
(3) 기타(비터널식카테터)에 의한 방법	LA226, LA227
다. 경막외패치술 [혈액채취료 포함]	LA228
경막외 저장기펌프 제거술	LA330
뇌신경 및 뇌신경말초지차단술	
가. 삼차신경절, 상악신경, 하악신경	LA340
나. 삼차신경의 분지	LA341
다. 안면신경	LA232
라. 설인신경	LA233
마. 접구개신경절	LA234
척수신경말초지차단술	
가. 대소후두신경	LA241
나. 상후두신경	LA242
다. 후두신경	LA243
라. 횡격막신경	LA244
마. 척추부신경	LA245
바. 액와신경	LA346
사. 액와하부신경	LA347

내용	수가코드
아. 견갑신경	LA247
자. 늑간신경	LA248
차. 장골서혜신경	LA249
카. 장골하복신경	LA270
타. 음부신경	LA271
파. 좌골신경	LA272
하. 폐쇄신경	LA273
거. 대퇴신경	LA274
너. 외측대퇴피신경	LA275
더. 상박신경총	LA276
척수신경총, 신경근 및 신경절차단술	
가. 경신경총	LA251
나. 방척추신경	LA352
다. 미골신경	LA353
라. 선택적 신경근	LA354
마. 척추후근신경절	LA355
바. 척수회백신경교통지	LA356
사. 요천골신경총	LA253
아. 척수신경 후지	LA357
자. 후지내측지	LA358
차. 추간관절차단	LA359
교감신경총 및 신경절차단술	
가. 간단한 것	LA261
나. 복잡한 것	
(1) 흉부교감신경절	LA361
(2) 요부교감신경절	LA362
(3) 복강신경총	LA264
(4) 하장간막신경총	LA265
(5) 상하복신경총	LA366
(6) 외톨이신경절	LA367

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표63】 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 "중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상"은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대 상	특정기호
(【별표63-1】본인부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병명)에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 (【별표63-2】본인부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술명)에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일	V191
(【별표63-1】본인부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병명)에서 I60~I62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일 * (【별표63-2】본인부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술명)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
(【별표63-1】본인부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병명)에서 I63에 해당하는 상병의 뇌경색증 환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원 진료 중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일 * (【별표63-2】본인부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술명)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275

1. NIHSS 란, National Institutes of Health Stroke Scale 의 약자로 의료 제공자가 뇌졸중으로 인한 손상을 객관적으로 정량화하는데 사용하는 도구입니다.
2. "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

【별표63-1】 본인부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병명

약관에서 규정하는 본인부담금 산정특례 뇌혈관질환은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

상병명	상병코드
거미막하 출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관 질환	I67
경동맥의 동맥류 및 박리	I72.0
후천성 동정맥루	I77.0
뇌전혈관의 동정맥기형	Q28.0
뇌전혈관의 기타기형	Q28.1
대뇌혈관의 동정맥기형	Q28.2
대뇌혈관의 기타기형	Q28.3
두개내손상	S06

1. 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제 4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표63-2】 본인부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술명

약관에서 규정하는 본인부담금 산정특례 뇌혈관질환은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

수술명	수술코드
혈종제거를위한개두술 - 경막하혹은경막외	S4621
혈종제거를위한개두술 - 뇌실질내	S4622
뇌동맥류수술-단순[경부 Clipping]	S4641
뇌동맥류수술-복잡[경부 Clipping]	S4642
뇌동정맥기형적출술-뇌실질내[단순]	S4653
뇌동정맥기형적출술-뇌실질내[복잡]	S4654
뇌동정맥기형적출술-뇌경막[단순]	S4655
뇌동정맥기형적출술-뇌경막[복잡]	S4656
뇌동정맥기형적출술-해면성혈관기형[단순]	S4657
뇌동정맥기형적출술-해면성혈관기형[복잡]	S4658
두개강내 혈관문합술-직접법	S4661
두개강내 혈관문합술-간접법[EDAS, EMAS 등]	S4662
단락술 또는 측로조성술-삽입술-경막하 또는 지주막하와 타부위간	S4711
단락술 또는 측로조성술-삽입술-뇌실과 타부위간	S4712
단락술 또는 측로조성술-삽입술-척수내낭종 또는 척수공동과 타부위간	S4713
단락술 또는 측로조성술-교환술	S4714
단락술 또는 측로조성술-제거술	S4715
뇌엽절제술[반구절제포함]	S4780
뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-전두개와	S4801
뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-중두개와	S4802
뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-후두개와	S4803
중추신경계정위수술-생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거	S4756
경피적 풍선혈관성형술-뇌혈관	M6593
경피적 풍선혈관성형술-경동맥	M6594
경피적 풍선혈관성형술-기타혈관	M6597
경피적 뇌혈관약물성형술	M6599
경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-뇌혈관	M6601
경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-경동맥[추골동맥 포함]	M6602
경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-기타혈관	M6605
경피적 혈전제거술-혈전용해술-두개강내 혈관	M6630
경피적 혈전제거술-혈전용해술-기타혈관	M6632
경피적 혈전제거술-혈전용해술-두개강외 경부혈관	M6635
경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술[카테터법]-두개강내 혈관	M6636
경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술[카테터법]-두개강외 경부혈관	M6637

수술명	수술코드
경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술[카테터법]-기타혈관	M6639
혈관색전술-뇌혈관[동맥류]-보조물지지	M1661
혈관색전술-뇌혈관[동맥류]-기타의 경우	M1662
혈관색전술-뇌혈관[동정맥기형]-뇌혈관	M1663
혈관색전술-뇌혈관[동정맥기형]-두경부	M1667
혈관색전술-뇌혈관[동정맥기형]-뇌경막동정맥루-동맥경유	M1676
혈관색전술-뇌혈관[동정맥기형]-뇌경막동정맥루-정맥경유	M1677
혈관색전술-기타혈관	M6644
천두술(낭종, 혈종, 농양의 제거 및 배액)-경막하 혹은 경막외	N0322
천두술(낭종, 혈종, 농양의 제거 및 배액)-뇌실질내	N0323
천두술-기타의 것[도관, reservoir, ICPmonitor삽입등]	N0324
개두술 또는 두개절제술(두개감압술)	N0333
혈관내 죽종제거술(혈관성형술 포함)-경동맥(내막박리술 포함)[단순]	O0226
혈관내 죽종제거술(혈관성형술 포함)-경동맥(내막박리술 포함)[복잡]	O0227
혈관내 죽종제거술(혈관성형술 포함)및 팻취 이용하여 봉합-경동맥(내막박리술 포함)	O2066
경동맥결찰술	S4670
뇌내시경수술-기타[혈종, 농양 배액 등]	S4744
뇌 정위적 방사선수술(감마나이프)	HD113
뇌 정위적 방사선수술(사이버나이프)	HD114
뇌 정위적 방사선수술(선형가속기)	HD115

1. 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제 4조에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표64】 중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 "중증질환자 심장질환 산정특례대상"은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1.시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대 상	특정기호
【별표64-1】본인부담금 산정특례 심장질환의 상병명)에 해당하는 상병의 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 (【별표64-2】본인부담금 산정특례 심장질환의 수술명)에 해당하는 수술 또는 (【별표64-3】본인부담금 산정특례 심장질환의 약제성분)에 해당하는 약제투여를 받은 경우 최대 30일 * 단, (【별표64-1】본인부담금 산정특례 심장질환의 상병명)에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 (【별표64-2】본인부담금 산정특례 심장질환의 수술명)에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V192

1. "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

【별표64-1】 본인부담금 산정특례 심장질환의 상병명

약관에서 규정하는 본인부담금 산정특례 심장질환은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1.시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

상병명	상병코드
심장의 양성 신생물	D15.1
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
류마티스성 승모판질환	I05
류마티스성 대동맥판질환	I06
류마티스성 삼첨판질환	I07
다발판막질환	I08
기타 류마티스심장질환	I09
협심증	I20
급성심근경색증	I21
후속 심근경색증	I22
급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25
폐색전증	I26
폐혈관의 기타 질환	I28
급성 심장막염	I30
심장막의 기타 질환	I31
달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32*
급성 및 아급성 심내막염	I33
비류마티스성 승모판장애	I34
비류마티스성 대동맥판장애	I35
비류마티스성 삼첨판장애	I36
폐동맥판장애	I37
상세불명 판막의 심내막염	I38
달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39*
급성 심근염	I40
달리 분류된 질환에서의 심근염	I41*
심근병증	I42
달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43*
방실차단 및 좌각차단	I44
기타 전도장애	I45
심장정지	I46
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49
심부전	I50
심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51

상병명	상병코드
대동맥의 죽상경화증	I70.0
대동맥동맥류 및 박리	I71
달리 분류된 질환에서의 대동맥류	I79.0*
달리 분류된 질환에서의 대동맥염	I79.1*
대동맥궁증후군[다까야수]	M31.4
심장 방실 및 연결의 선천기형	Q20
심장중격의 선천기형	Q21
폐동맥판 및 삼첨판의 선천기형	Q22
대동맥판 및 승모판의 선천기형	Q23
심장의 기타 선천기형	Q24
대동맥혈관의 선천기형	Q25
대정맥의 선천성 협착	Q26.0
좌상대정맥존속	Q26.1
전폐정맥결합이상	Q26.2
부분폐정맥결합이상	Q26.3
상세불명의 폐정맥결합이상	Q26.4
대정맥혈관의 기타 선천기형	Q26.8
대정맥혈관의 상세불명의 선천기형	Q26.9
흉부 혈관의 손상	S25
심장의 손상	S26

1. 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제 4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표64-2】 본인부담금 산정특례 심장질환의 수술명

약관에서 규정하는 본인부담금 산정특례 심장질환은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

수술명	수술코드
무인공심폐 관상동맥우회로술-대동맥-관동맥간[단순-2개소]	OA640
무인공심폐 관상동맥우회로술-대동맥-관동맥간[단순-1개소]	OA641
무인공심폐 관상동맥우회로술-대동맥-관동맥간[복잡](관상동맥우회로술의 기왕력이 있는 경우)	OA647
무인공심폐 관상동맥우회로술-대동맥-관동맥간[단순-3개소]	OA648
무인공심폐 관상동맥우회로술-대동맥-관동맥간[단순-4개소이상]	OA649
동맥간우회로조성술(자가혈관이용시 채취료 포함)-대동맥-관동맥간[단순-2개소]	O1640
동맥간우회로조성술(자가혈관이용시 채취료 포함)-대동맥-관동맥간[단순-1개소]	O1641
자가혈관이용(채취료포함)동맥간우회로조성술(대동맥-신동맥, 흉대or복대동맥-대퇴동맥, 대동맥-내장동맥)	O1643
인조혈관이용동맥간우회로조성술(대동맥-신동맥간, 흉대동맥 또는 대동맥-대퇴동맥간, 대동맥-내장동맥간)	O1644
동맥간우회로조성술(자가혈관이용시 채취료 포함)-기타의 것-자가혈관 이용	O1645
동맥간우회로조성술(자가혈관이용시 채취료 포함)-기타의 것-인조혈관 이용	O1646
동맥간우회로조성술(자가혈관이용시 채취료 포함)-대동맥-관동맥간-복잡 (관상동맥우회로술의 기왕력이 있는 경우)	O1647
동맥간우회로조성술(자가혈관이용시 채취료 포함)-대동맥-관동맥간[단순-3개소]	O1648
동맥간우회로조성술(자가혈관이용시 채취료 포함)-대동맥-관동맥간[단순-4개소이상]	O1649
심장 창상 봉합술	O1660
동맥관개존폐쇄술(결찰법)	O1671
동맥관개존폐쇄술(분리봉합법)	O1672
대동맥축착증 수술	O1680
폐쇄식 승모판 교련 절개술	O1690
심혈관 단락술(체폐동맥 단락술)	O1701
심혈관 단락 폐쇄술	O1702
폐동맥 결찰술(교약술)	O1703
폐동맥 결찰술(교약술)해제	O1704
심방중격결손조성술	O1705
심방중격결손증수술	O1710
심실중격결손증수술-최소침습적 방법에 의한 경우	O1711
심실중격결손증수술(선천성)	O1721

수술명	수술코드
심실중격결손증수술(심근경색후에 생긴 경우)	O1722
심실중격결손증수술(선천성)-최소침습적 방법에 의한 경우	O1723
승모판협착증 수술	O1730
대동맥판협착증 수술	O1740
폐동맥판 협착증 수술	O1750
삼첨판 협착증 수술	O1760
심방중격결손증겸 폐동맥판협착증 수술	O1770
판막성형술(삼첨판)	O1781
판막성형술(승모판)	O1782
판막성형술(대동맥판)	O1783
판막성형술(삼첨판) - 엡스타인 이상(Ebstein's anomaly) 교정을 위해 시행한 경우[심방중격결손 폐쇄술 포함]	O1784
인공판막치환술(삼첨판)	O1791
인공판막치환술(승모판)	O1792
인공판막치환술(대동맥판)	O1793
인공판막치환술(폐동맥판)	O1797
인공판막재치환술(삼첨판)	O1794
인공판막재치환술(승모판)	O1795
인공판막재치환술(대동맥판)	O1796
인공판막재치환술(폐동맥판)	O1798
비봉합 대동맥판막치환술	O1799
활로씨 4증후군 근본 수술	O1800
심실중격결손증겸 폐동맥판협착증 수술	O1810
심내막상결손증수술(부분형)	O1821
심내막상결손증수술(완전형)	O1822
좌심실류절제술	O1823
좌심실용적축소성형술	O1824
좌심실 유출로 성형술	O1825
우심실 유출로 성형술(폐동맥판 성형술 포함)	O1826
관상동맥 내막절제술(팻취사용 포함)	O1830
발살바동 동맥류파열수술	O1840
동정맥 기형 교정술(개흉에 의한 것)	O1841
기타복잡기형에 대한 심장수술-고도 복잡기형 [노우드씨수술, 대동맥전위술(니카이도씨수술), 디케이에스수술, 주대동맥폐동맥부행혈로연결술, 총동맥간교정술, 이중전환술]	O1851

수술명	수술코드
기타복잡기형에 대한 심장수술-기타	O1852
좌·우폐동맥 성형술	O1861
기능적 단심실증 교정술, 글렌수술(대정맥폐동맥단락술)	O1873
기능적 단심실증 교정술, 폰탄 수술	O1874
라스텔리씨 수술	O1875
총 폐정맥 환류이상증수술	O1878
대혈관전위증 수술-동맥전환술	O1879
대혈관전위증 수술-심방전환술	O1881
대혈관전위증 수술-라스텔리수술	O1882
대혈관전위증 수술-니카이도수술	O1883
심실 보조장치 치료술-이식형-삽입술	O0881
심실 보조장치 치료술-이식형-교환술	O0882
심실 보조장치 치료술-이식형-제거술	O0883
심실 보조장치 치료술-체외형-삽입술	O0886
심실 보조장치 치료술-체외형-교환술[개흉에 의한 것]	O0887
심실 보조장치 치료술-체외형-교환술[체외 펌프교환]	O0888
심실 보조장치 치료술-체외형-제거술	O0889
인공심폐순환 [1회당]	O1890
인공심폐순환 [1회당]-선택적 뇌관류를 동시 시행한 경우	O1891
개흉심장 마사지	O1895
부분체외순환	O1901
부분체외순환(10시간을 초과하여 계속 사용시)	O1902
체외순환막형산화요법 - 시술당일	O1903
체외순환막형산화요법 - 익일 이후 [1일당]	O1904
체외순환막형산화요법 - Central ECMO 삽입 또는 제거를 위해 개흉을 실시한 경우	O1907
국소관류[1회당]	O1910
대동맥내풍선펌프	O1921
대동맥내풍선펌프-10시간초과익일부터[1일당]	O1922
심낭루조성술	O1931
심낭창형성술(개흉적)	O1932
심낭창형성술(내시경하)	O1935
심막절제술	O1940
폐동맥혈전제거술	O1950
대동맥-폐동맥창폐쇄술(체외순환하)	O1960

수술명	수술코드
심내이물제거술(개심술에 의한 것)	O1970
심장종양제거술(심방점액종제거술)	O1981
심장종양제거술(기타의것)	O1982
체외용 심박기 장치술[심박기사용료포함]	O2001
개흉적 체내용 심박기 거치술	O2004
경피적 인공심박동술[심박기사용료포함]	O2005
경정맥 체내용 심박기 거치술-전극재배치	O2009
경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기거치술(심방 또는 심실 전극을 삽입하는 경우)	O0203
경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기거치술(심방 및 심실 전극을 삽입하는 경우)	O0204
경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기교환술(심방 또는 심실 전극이 삽입된 경우)	O0205
경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기교환술(심방 및 심실 전극이 삽입된 경우)	O0206
경정맥 체내용 심박기 거치술-거치된 심박기 기능향상(기존 단방형 심박기를 양방형 심박기로 전환하는 경우)	O0207
경정맥 체내용 심박기 거치술-거치된 심박기 기능향상(기존 심박기를 심율동 전환 제세동기로 전환하는 경우)	O0236
경정맥 체내용 심박기 거치술-거치된 심박기 기능향상(기존 심박기를 심장 재동기화 치료기로 전환하는 경우)	O0237
경정맥 체내용 심박기 거치술-제거술(심박기)	O0208
경정맥 체내용 심박기 거치술-제거술(심방 또는 심실 전극)	O0209
경정맥 체내용 심박기 거치술-제거술(심방 및 심실전극)	O0210
개흉적 체내용심박기거치술-심박기 교환술	O0241
개흉적 체내용심박기거치술-심박기 제거술	O0242
개흉적 체내용심박기거치술-심박기 제거술-Generator만 제거시	O0243
부정맥수술-상심실성 부정맥	O2006
부정맥수술-심실성 부정맥	O2007
심율동 전환 제세동기 거치술 [경정맥]-삽입술	O0211
심율동 전환 제세동기 거치술 [경정맥]-교환술	O0212
심율동 전환 제세동기 거치술-피하 접근-삽입술	O2211
심율동 전환 제세동기 거치술-피하 접근-교환술	O2212
동맥류절제술[혈관이식술포함]-흉복부대동맥	O0231
동맥류절제술[혈관이식술포함]-상행대동맥과 궁부대동맥 동시	O2021

수술명	수술코드
(궁부대동맥의 분지혈관들을 문합하지 않은 경우)	
동맥류절제술[혈관이식술포함]-상행대동맥과 궁부대동맥 동시 (궁부대동맥의 분지혈관들을 문합하는 경우)	O2022
동맥류절제술[혈관이식술포함]-상행대동맥	O2031
동맥류절제술[혈관이식술포함]-궁부대동맥	O2032
동맥류절제술[혈관이식술포함]-하행흉부대동맥	O2033
혈전제거술-심장	O0260
경피적 동맥관개존 폐쇄술	M6510
경피적 심방중격결손 폐쇄술	OZ751
경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술	M6513
경피적 심방중격절개술-풍선심방중격절개술	M6521
경피적 심방중격절개술-칼날심방중격절개술	M6522
경피적 심장판막성형술-승모판막	M6531
경피적 심장판막성형술-대동맥판막	M6532
경피적 심장판막성형술-폐동맥판막	M6533
부정맥의 고주파절제술-상심실성 부정맥	M6541
부정맥의 고주파절제술-심방세동	M6542
부정맥의 고주파절제술-심실성 부정맥	M6543
삼차원(3-D) 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파 절제술-상심실성 부정맥	M6546
삼차원(3-D) 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파 절제술-심방세동	M6547
삼차원(3-D) 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파 절제술-심실성 부정맥	M6548
부정맥의 고주파절제술 - 방실결절 절제술, 히스속 절제술	M6550
부정맥의 냉각절제술-상심실성 부정맥	M0657
부정맥의 냉각절제술-심방세동	M0658
부정맥의 냉각절제술-심박세동(냉각풍선절제술을 실시한 경우)	M0651
부정맥의 냉각절제술-심실성 부정맥	M0661
부정맥의 냉각절제술-방실결절 절제술, 히스속 절제술	M0662
경피적 관상동맥확장술-단일혈관	M6551
경피적 관상동맥확장술-추가혈관	M6552
급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥확장술 [일차적중재술 등]	M6553
만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥확장술	M6554

수술명	수술코드
경피적 관상동맥스텐트삽입술-단일혈관	M6561
경피적 관상동맥스텐트삽입술-추가혈관	M6562
경피적 관상동맥스텐트삽입술(경피적 관상동맥확장술 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시)-단일혈관	M6563
경피적 관상동맥스텐트삽입술(경피적 관상동맥확장술 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시)-추가혈관	M6564
급성심근경색증의원인병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술[일차적중재술 등]	M6565
만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6566
만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술(경피적 관상동맥확장술 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시)	M6567
경피적 관상동맥죽상반절제술-단일혈관	M6571
경피적 관상동맥죽상반절제술-추가혈관	M6572
경피적 대동맥판 삽입술-심첨하부 접근	M6580
경피적 대동맥판 삽입술-상행대동맥 접근	M6581
경피적 대동맥판 삽입술-대퇴동맥, 쇄골하동맥 접근	M6582
경피적 폐동맥판 삽입술	M6585
경피적 풍선혈관성형술-대동맥	M6595
경피적 풍선혈관성형술-폐동맥	M6596
경피적 풍선혈관성형술-기타혈관	M6597
경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-대동맥	M6603
경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-폐동맥	M6604
경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-기타혈관	M6605
경피적 혈관내 스텐트 이식 설치술-대동맥	M6611
경피적 혈관내 스텐트 이식 설치술-대동맥 및 장골동맥	M6612
경피적 혈관내 스텐트 이식 설치술-기타 혈관	M6613
경피적 혈관내 이식편 고정술-이식 설치술 시 그래프트 고정	M6651
경피적 혈관내 이식편 고정술-이식 설치술 후 그래프트 고정	M6652
경피적 혈관내 죽종제거술	M6620
경피적 혈전제거술-혈전용해술-기타혈관	M6632
경피적 혈전제거술-혈전용해술-관상동맥	M6634
경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술[카테터법]-관상동맥	M6638
경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술[카테터법]-기타혈관	M6639
혈관색전술-기타혈관	M6644
심장이식술	Q8080
폐이식술-심장 및 폐	Q8103
기타 복잡기형에 대한 심장수술-디케이에스수술	O1853
기타 복잡기형에 대한 심장수술-관상동맥성형술	O1854
대동맥박리수술[혈관이식술 포함]-상행대동맥	O0232
대동맥박리수술[혈관이식술 포함]-상행대동맥과 궁부대동맥 동시(궁부대동맥의 분지혈관들을 문합하지 않은 경우)	O0233
대동맥박리수술[혈관이식술 포함]-상행대동맥과 궁부대동맥 동시(궁부대동맥의 분지혈관들을 문합하는 경우)	O0234
대동맥근부수술	O0235
심장 재동기화 치료기 거치술-삽입술-CRT-P	O2221
심장 재동기화 치료기 거치술-삽입술-CRT-D	O2222
심장 재동기화 치료기 거치술-교환술-CRT-P	O2223
심장 재동기화 치료기 거치술-교환술-CRT-D	O2224

1. 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제4조에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표64-3】 본인부담금 산정특례 심장질환의 약제성분명

약관에서 규정하는 본인부담금 산정특례 심장질환은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 약제성분을 말합니다.

약제성분명	주사제
Alteplase	주사제
Tenecteplase	주사제
Urokinase	주사제

1. 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제 4조에 해당하는 약제성분명이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표65】 중증화상 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 "중증화상 산정특례대상"은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대 상	특정기호
다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 산정특례 대상으로 등록된 중증화상환자가 적용일부터 1년간 해당 상병으로 진료를 받는 경우 *단, 등록기간 종료 후 2년 이내에 (【별표65-1】본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)의 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있음(V306은 제외)	
(【별표65-1】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
(【별표65-1】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
(【별표65-1】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
(【별표65-1】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 (【별표65-1】본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)의 수술을 받는 경우	V306
(【별표65-1】본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명)의 상병 중 제4호에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V250

1. "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증화상 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

【별표65-1】 본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명

약관에서 규정하는 본인부담금 산정특례 중증화상은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1시행)" 제4조 별표3(중증 질환자 산정특례 대상)에서 [별첨3]에 해당하는 아래의 상병명 및 수술명을 말합니다.

〈중증도 기준〉

구분	상병명	상병코드
1	머리 및 목의 2도 화상 몸통의 2도 화상 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 2도 화상 손목 및 손의 2도 화상 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 2도 화상 발목 및 발의 2도 화상 상세불명 신체부위의 2도 화상	T20.2 T21.2 T22.2 T23.2 T24.2 T25.2 T30.2
2	머리 및 목의 3도 화상 몸통의 3도 화상 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 3도 화상 손목 및 손의 3도 화상 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 3도 화상 발목 및 발의 3도 화상 상세불명 신체부위의 3도 화상	T20.3 T21.3 T22.3 T23.3 T24.3 T25.3 T30.3
3	머리 및 목의 3도 화상 **중 안면부에 수상한 경우** 몸통의 3도 화상 중 **성기 또는 회음부에 수상한 경우** 손목 및 손의 3도 화상 발목 및 발의 3도 화상 눈 및 부속기의 화상	T20.3 T21.3 T23.3 T25.3 T26.0~T26.4
4	호흡기도의 화상 기타 내부기관의 화상	T27.0~T27.3 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	수술명	수술코드
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

1. 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제 4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표66】 중증외상환자 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 "중증외상환자 산정특례대상"은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1시행)" 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상	특정기호
손상중증도점수(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가 「응급의료에 관한 법률」 제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일	V273

1. "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증외상환자 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

【별표67】 소액암 분류표

약관에 규정하는 소액암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 자궁경부의 악성신생물	C53
3. 자궁체부의 악성신생물	C54
4. 전립선의 악성신생물	C61
5. 방광의 악성신생물	C67

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표68】 특정다빈도 9대질병 분류표

약관에 규정하는 특정다빈도 9대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
항문질환	항문 및 직장부의 열창 및 누공	K60
	항문 및 직장부의 농양	K61
	항문 및 직장의 기타 질환	K62
	치핵 및 항문주위정맥혈전증 *포함 - 치질	K64
대장종양	맹장의 양성신생물	D12.0
	충수의 양성신생물	D12.1
	상행결장의 양성신생물	D12.2
	횡행결장의 양성신생물	D12.3
	하행결장의 양성신생물	D12.4
	구불결장의 양성신생물	D12.5
	상세불명의 결장의 양성신생물	D12.6
	직장구불결장접합부의 양성신생물	D12.7
	직장의 양성신생물	D12.8
	직장폴립	K62.1
	결장의 폴립	K63.5
후각특정질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
	만성비염, 비인두염 및 인두염	J31
	코폴립	J33
	코 및 비동의 기타장애	J34
피부종양	양성 지방종성 신생물	D17
	피부의 기타 양성 신생물	D23
특정피부질환	피부의 농양, 종기 및 큰종기	L02
	기타 피부염 *제외 : 접촉피부염(L23 - L25) 건조피부피부염(L85.3) 소판유사건선(L41.3) 정체피부염(I83.1 - I83.2)	L30
	손발톱장애	L60
	피부 및 피하조직의 모낭낭	L72
	티눈 및 굳은살	L84
생식기질환	남성 생식기관의 질환 [A59.08† : 기타 및 상세불명의 비뇨생식기계 편모충증(N51.0*)]	N40~N45, N49~N51 A59.08†[주1)]
	[주1)] A59.08†(기타 및 상세불명의 비뇨생식기계 편모충증) 중 편모충성 전립선염에 한함	
	[B26.0† : 볼거리고환염(N51.1*)]	B26.0†
	여성 골반내 기관의 염증성 질환 [N74.0*,N74.1* : 여성생식기관의 결핵(A18.17†[주2)])] 제외	N70~N77 N74.0*, N74.1*제외
	[주2)] A18.17†(여성생식기관의 결핵) 중 자궁경부의 결핵(N74.0*), 결핵성 여성골반염증질환(N74.1*)에	

구분	대상질병	분류번호
	한함 여성 생식관의 비염증성 장애 (습관적유산자 제외) (여성 불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외) 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	 N80~N95 N99
하지정맥류	하지의 정맥류	I83
유방의장애	유방의 비대	N62

1. 아래에 해당하는 질병코드를 동시에 진단받은 경우에는 “비뇨생식계통의 결핵(A18.1)”으로 간주하며, “특정다빈도 9대질병”으로 보지 않습니다.
   ① “전립선의 결핵(A18.13)”과 “달리 분류된 질환에서의 전립선장애(N51.0)”로 동시에 진단받은 경우
   ② “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애(N51.1)” 로 동시에 진단받은 경우
   ③ “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 기타 장애(N51.8)” 로 동시에 진단받은 경우
2. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
4. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

【별표69】 특정다빈도 10대질병 분류표

약관에 규정하는 특정다빈도 10대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호
백내장	노년백내장 기타 백내장 수정체의 기타 장애	H25 H26 H27
항문질환	항문 및 직장부의 열창 및 누공 항문 및 직장부의 농양 항문 및 직장의 기타 질환 치핵 및 항문주위정맥혈전증 *포함 - 치질	K60 K61 K62 K64
대장종양	맹장의 양성신생물 충수의 양성신생물 상행결장의 양성신생물 횡행결장의 양성신생물 하행결장의 양성신생물 구불결장의 양성신생물 상세불명의 결장의 양성신생물 직장구불결장접합부의 양성신생물 직장의 양성신생물 직장폴립 결장의 폴립	D12.0 D12.1 D12.2 D12.3 D12.4 D12.5 D12.6 D12.7 D12.8 K62.1 K63.5
후각특정질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염 만성비염, 비인두염 및 인두염	J30 J31

구분	대상질병	분류번호
	코폴립	J33
	코 및 비동의 기타장애	J34
피부종양	양성 지방종성 신생물	D17
	피부의 기타 양성 신생물	D23
특정피부질환	피부의 농양, 종기 및 큰종기	L02
	기타 피부염	L30
	*제외 : 접촉피부염(L23 - L25)	
	건조피부피부염(L85.3)	
	소판유사건선(L41.3)	
	정체피부염(I83.1 - I83.2)	
	손발톱장애	L60
	피부 및 피하조직의 모낭낭	L72
	티눈 및 굳은살	L84
생식기질환	남성 생식기관의 질환	N40~N45, N49~N51
	[A59.08† : 기타 및 상세불명의 비뇨생식기계 편모충증(N51.0*)]	A59.08†[주1)]
	[주1)]A59.08†(기타 및 상세불명의 비뇨생식기계 편모충증) 중 편모충성 전립선염에 한함	
	[B26.0† : 볼거리고환염(N51.1*)]	B26.0†
	여성 골반내 기관의 염증성 질환	N70~N77
	[N74.0*,N74.1* : 여성생식기관의 결핵(A18.17†[주2)])] 제외	N74.0*, N74.1*제외
	[주2)]A18.17†(여성생식기관의 결핵) 중 자궁경부의 결핵(N74.0*), 결핵성 여성골반염증질환(N74.1*)에 한함	
	여성 생식관의 비염증성 장애	N80~N95
	(습관적유산자 제외)	
	(여성 불임 제외)	
	(인공 수정과 관련된 합병증 제외)	
	달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N99
하지정맥류	하지의 정맥류	I83
유방의장애	유방의 비대	N62
요실금	스트레스 요실금	N393
	기타 명시된 요실금	N394
	상세불명의 요실금	R32

1. 아래에 해당하는 질병코드를 동시에 진단받은 경우에는 “비뇨생식계통의 결핵(A18.1)”으로 간주하며, “특정다빈도 10대질병”으로 보지 않습니다.
   ① “전립선의 결핵(A18.13)”과 “달리 분류된 질환에서의 전립선장애(N51.0)” 로 동시에 진단받은 경우
   ② “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애(N51.1)” 로 동시에 진단받은 경우
   ③ “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 기타 장애(N51.8)” 로 동시에 진단받은 경우
2. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
3. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
4. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
5. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표70】 제왕절개수술 및 체외충격파쇄석술 치료 분류표

약관에 규정하는 “제왕절개수술” 및 “체외충격파쇄석술 치료”는 아래를 말합니다.

구분	보장대상
제왕절개수술 [임신, 출산 및 산후기]	제왕절개만출술(帝王切開娩出術)
체외충격파쇄석술 치료	체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외]

【별표71】 중증질환자 암 산정특례대상 분류표

약관에서 규정하는 "중증질환자 암 산정특례대상"은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024. 1. 1시행)" 제7조(산정특례 등록 신청 등) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대 상	특정기호
본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 제7조에 따라 산정특례 대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 아래의 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)으로 진료를 받은 경우	V193

1. "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 암 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.
2. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)의 진단 확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.
4. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
5. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
6. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표71-1】 중증질환자 중복암 산정특례대상질환 분류표

약관에서 규정하는 "중증질환자 중복암 산정특례대상질환"은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 림프, 조혈 및 관련 조직을 제외한 특정 부위의, 원발성이라고 정해졌거나 또는 추정되는 악성 신생물	C00~C75
2. 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
3. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
4. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
5. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
6. 제자리신생물	D00~D09
7. 수막의 양성 신생물	D32
8. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
9. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37~D48

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표77】 독감(인플루엔자) 분류표

약관에 규정하는 “독감(인플루엔자)”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류코드
확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표77-1】 독감 항바이러스제 성분명

1. 아래 “독감 항바이러스제” 해당 성분명은 2020년 7월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다.
2. 성분명은 “효능·효과”를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.
3. 식품의약품안전처 허가내 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 성분명을 검색하시면 효능·효과를 확인하실 수 있습니다.

성분명
1. 오셀타미비르(oseltamivir)
2. 자나미비르(zanamivir)
3. 페라미비르(peramivir)
4. 발록사비르(baloxavir)

【별표79】 폐렴 분류표

약관에 규정하는 폐렴으로 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.

대상질병	분류코드
1. 달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴	J12
2. 폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
3. 인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
4. 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
5. 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
6. 달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
- 거대세포바이러스 폐렴(J17.1*)	B25.0†
- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2†
- 수두 폐렴(J17.1*)	B01.2†
- 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3†
7. 상세불명 병원체의 폐렴	J18

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표80】 패혈증 분류표

약관에 규정하는 패혈증으로 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.

대상질병	분류번호
1. 연쇄알균 패혈증	A40
2. 기타 패혈증	A41
3. 패혈성 쇼크	R57.2
4. 살모넬라 패혈증	A02.1
5. 패혈증형 페스트	A20.7
6. 탄저병 패혈증	A22.7
7. 에리시펠로트릭스 패혈증	A26.7
8. 리스테리아 패혈증	A32.7
9. 방선균 패혈증	A42.7
10 파종성 헤르페스바이러스병	B00.7
11. 칸디다 패혈증	B37.7

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표81】 주요폐질환 분류표

약관에 규정하는 주요폐질환으로 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.

대상질병	분류코드
1. 폐기종	J43
2. 기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
3. 기관지확장증	J47
4. 달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
5. 달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
6. 흉막판	J92
7. 기흉	J93
8. 기타 흉막의 병태	J94

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표82】 외부요인으로인한폐질환 분류표

약관에 규정하는 외부요인으로인한폐질환으로 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.

대상질병	분류코드
1. 탄광부 진폐증	J60
2. 석면 및 기타 광섬유에 의한 진폐증	J61
3. 실리카를 함유한 먼지에 의한 진폐증	J62
4. 기타 무기물먼지에 의한 진폐증	J63
5. 상세불명의 진폐증	J64
6. 결핵과 연관된 진폐증	J65
7. 특정 유기물먼지에 의한 기도질환	J66
8. 유기물먼지에 의한 과민성 폐렴	J67
9. 화학물질, 가스, 훈증기 및 물김의 흡입에 의한 호흡기병태	J68
10. 고체 및 액체에 의한 폐렴	J69
11. 기타 외부요인에 의한 호흡기병태	J70

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표83】 천식 분류표

약관에 규정하는 천식으로 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.

대상질병	분류코드
1. 천식	J45
2. 천식지속상태	J46

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표84】 주요2대호흡계질환 분류표

약관에 규정하는 주요2대호흡계질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병		분류번호
간질영향 호흡기질환	성인호흡곤란증후군	J80
	폐부종	J81
	달리 분류되지 않은 폐호산구증가	J82
	기타 간질성 폐질환	J84
하기도 화농·괴사성 질환	폐 및 종격의 농양	J85
	농흉	J86

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표85】 특정급여치료 대상 수가코드

약관에 규정하는 특정급여치료로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	내용	수가코드
뇌정위적방사선수술	뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
	뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
	뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
부정맥의 냉각절제술	부정맥의 냉각절제술-심방세동-냉각풍선절제술	M0651
	부정맥의 냉각절제술-심방세동-냉각풍선절제술-중격천자	M0652
	부정맥의 냉각절제술-상심실성 부정맥-중격천자	M0653
	부정맥의 냉각절제술-심방세동-중격천자	M0655
	부정맥의 냉각절제술-방실결절 절제술, 히스속 절제술-중격천자	M0656
	부정맥의 냉각절제술-상심실성 부정맥	M0657
	부정맥의 냉각절제술-심방세동	M0658
	부정맥의 냉각절제술-심방세동-하대정맥-삼천판륜 협부 선형절제술	M0659
	부정맥의 냉각절제술-심실성 부정맥	M0661
	부정맥의 냉각절제술-방실결절 절제술, 히스속 절제술	M0662
부정맥의고주파절제술	부정맥의고주파절제술(심방세동절제시 하대정맥-삼첨판륜 협부에 대한 선형절제술)	M0654
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6540
	부정맥의 고주파절제술(상심실성 부정맥)	M6541
	부정맥의 고주파절제술-심방세동	M6542
	부정맥의 고주파절제술(심실성 부정맥)	M6543
	부정맥의 고주파절제술(상심실성 부정맥)-중격천자	M6544
	부정맥의 고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6545
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(상심실성 부정맥)	M6546
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술-심방세동	M6547
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(심실성 부정맥)	M6548

구분	내용	수가코드
	삼차원 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술(상심실성 부정맥)-중격천자	M6549
	부정맥의 고주파절제술(방실결절 절제술, 히스속 절제술)	M6550
	부정맥의 고주파절제술(방실결절 절제술, 히스속 절제술)-중격천자	M6556
혈관색전술	혈관색전술-뇌혈관[척추포함]-동맥류-보조물지지	M1661
	혈관색전술-뇌혈관[척추포함]-동맥류-기타의경우	M1662
	혈관색전술-뇌혈관[척추포함]-동정맥기형[동정맥루포함]-뇌혈관	M1663
	혈관색전술-뇌혈관[척추포함]-동정맥기형[동정맥루포함]-두경부	M1667
	혈관색전술-뇌혈관[척추포함]-동정맥기형[동정맥루포함]-척추	M1668
	혈관색전술-뇌혈관[척추포함]-동정맥기형[동정맥루포함]-척추경막	M1669
	혈관색전술-뇌혈관[척추포함]-종양-뇌에 화학요법제를 주입한 경우	M1671
	혈관색전술-뇌혈관[척추포함]-종양-두경부에 화학요법제를 주입한 경우	M1672
	혈관색전술-뇌혈관[척추포함]-종양-뇌	M1673
	혈관색전술-뇌혈관[척추포함]-종양-두경부	M1674
	혈관색전술-뇌혈관[척추포함]-동정맥기형[동정맥루포함]-뇌경막동정맥루[내경동맥해면동루포함]-동맥경유	M1676
	혈관색전술-뇌혈관[척추포함]-동정맥기형[동정맥루포함]-뇌경막동정맥루[내경동맥해면동루포함]-정맥경유	M1677
	혈관색전술-기타혈관	M6644
관상동맥 확장술	경피적관상동맥확장술-단일혈관	M6551
	경피적관상동맥확장술-추가혈관	M6552
	경피적관상동맥확장술-급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥확장술[일차적중재술 등]	M6553
	경피적관상동맥확장술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥확장술	M6554
관상동맥 스텐트삽입술	경피적관상동맥스텐트삽입술-단일혈관	M6561
	경피적관상동맥스텐트삽입술-추가혈관	M6562
	경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및경피적관상동맥죽상반절제술과동시)-단일혈관	M6563
	경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및경피적관상동맥죽상반절제술과동시)-추가혈관	M6564
	경피적관상동맥스텐트삽입술-급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술[일차적중재술 등]	M6565
	경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술	M6566

구분	내용	수가코드
관상동맥 죽상반절 제술	경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및경피적관상동맥죽상반절제술과동시)	M6567
	경피적관상동맥죽상반절제술-단일혈관	M6571
	경피적관상동맥죽상반절제술-추가혈관	M6572
혈관성형술	경피적풍선혈관성형술-뇌혈관	M6593
	경피적풍선혈관성형술-경동맥[추골동맥포함]	M6594
	경피적풍선혈관성형술-대동맥	M6595
	경피적풍선혈관성형술-폐동맥	M6596
	경피적풍선혈관성형술-기타혈관	M6597
	경피적뇌혈관약물성형술	M6599
	혈관내죽종제거술[혈관성형술 포함]-경동맥(내막박리술 포함)[단순]	O0226
	혈관내죽종제거술[혈관성형술 포함]-경동맥(내막박리술 포함)[복잡]	O0227
	혈관내죽종제거술[혈관성형술 포함]-복부동맥 또는 장골동맥	O2064
	혈관내죽종제거술[혈관성형술 포함]-기타	O2065
	혈관내죽종제거술[혈관성형술 포함]-경동맥(내막박리술 포함)[복잡]-제거후 팻취이용하여 봉합한 경우	O2066
	혈관내죽종제거술[혈관성형술 포함]-복부동맥 또는 장골동맥-제거후 팻취이용하여 봉합한 경우	O2067
	혈관내죽종제거술[혈관성형술 포함]-기타-제거후 팻취이용하여 봉합한 경우	O2068
	혈관성형술(직접봉합)-개흉에의한것	OA631
	혈관성형술(직접봉합)-개복에의한것	OA632
	혈관성형술(직접봉합)-기타	OA633
	혈관성형술(팻취이용한경우)-개흉에의한것(인조혈관이용)	OA634
	혈관성형술(팻취이용한경우)-개흉에의한것(자가혈관이용[채취료포함])	OA635
	혈관성형술(팻취이용한경우)-개복에의한것(인조혈관이용)	OA636
	혈관성형술(팻취이용한경우)-개복에의한것(자가혈관이용[채취료포함])	OA637
	혈관성형술(팻취이용한경우)-기타(인조혈관이용)	OA638
	혈관성형술(팻취이용한경우)-기타(자가혈관이용[채취료포함])	OA639
	혈관성형술(개흉에의한직접봉합)-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시	OB631
	혈관성형술(개복에의한직접봉합)-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시	OB632

구분	내용	수가코드
	혈관성형술(기타직접봉합)-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시	OB633
	혈관성형술(팻취이용-개흉에의함,인조혈관이용)-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시	OB634
	혈관성형술(팻취이용-개흉에의함,자가혈관이용[채취료포함])-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시	OB635
	혈관성형술(팻취이용-개복에의함,인조혈관이용)-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시	OB636
	혈관성형술(팻취이용-개복에의함,자가혈관이용[채취료포함])-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시	OB637
	혈관성형술(팻취이용-기타,인조혈관이용)-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시	OB638
	혈관성형술(팻취이용-기타,자가혈관이용[채취료포함])-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시	OB639
혈관내스텐트삽입술	경피적혈관내금속스텐트삽입술-뇌혈관	M6601
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-경동맥[추골동맥포함]	M6602
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-대동맥	M6603
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-폐동맥	M6604
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-기타혈관	M6605
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[대동맥]	M6611
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[대동맥및장골동맥]	M6612
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[기타혈관]	M6613
	대동맥 혈관내 이식편 고정술-경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술 시 그래프트 고정	M6651
	대동맥 혈관내 이식편 고정술-경피적 혈관내 스텐트-이식 설치술 후 그래프트 고정	M6652
혈전제거술	경피적혈전제거술-혈전용해술-두개강내 혈관	M6630
	경피적혈전제거술-혈전용해술[기타혈관]	M6632
	경피적혈전제거술-혈전용해술[관상동맥]	M6634
	경피적혈전제거술-혈전용해술-두개강외 경부혈관	M6635
	경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-두개강내 혈관	M6636
	경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-두개강외 경부혈관	M6637
	경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-관상동맥	M6638
	경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-기타혈관	M6639
	혈전제거술(심부정맥-하지)	O0218
	혈전제거술-심장	O0260
	폐동맥혈전제거술	O1950
	혈전제거술(동맥-흉부)	O2053
	혈전제거술(동맥-복부)	O2054
	혈전제거술(동맥-경부)	O2055
	혈전제거술(동맥-기타)	O2056
	혈전제거술(심부정맥-흉부)	O2057
	혈전제거술(심부정맥-복부)	O2058
	혈전제거술(심부정맥-기타)	O2059

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표86】 특정경증질환 분류표

약관에 규정하는 특정경증질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호
결막염	바이러스결막염 결막염	B30 H10
다래끼	맥립종 및 콩다래끼	H00
외이의 질환	외이염 외이의 기타 장애	H60 H61
티눈	티눈 및 굳은살	L84

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표87】 백내장/대장종양 분류표

약관에 규정하는 백내장및대장용종으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호
백내장	노년백내장 기타 백내장 수정체의 기타 장애	H25 H26 H27
대장종양	맹장의 양성신생물 충수의 양성신생물 상행결장의 양성신생물 횡행결장의 양성신생물 하행결장의 양성신생물 구불결장의 양성신생물 상세불명의 결장의 양성신생물 직장구불결장접합부의 양성신생물 직장의 양성신생물 결장의 폴립	D12.0 D12.1 D12.2 D12.3 D12.4 D12.5 D12.6 D12.7 D12.8 K63.5

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표88】 특정경증질환II 분류표

약관에 규정하는 특정경증질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호
결막염	바이러스결막염 결막염	B30 H10
다래끼	맥립종 및 콩다래끼	H00
외이의 질환	외이염 외이의 기타 장애	H60 H61

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표89】 제자리신생물(피부및유방) 분류표

약관에 규정하는 제자리암(피부및유방)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
피부의 제자리암종	D04
유방의 제자리암종	D05

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표90】 제자리신생물(자궁경부및생식기관) 분류표

약관에 규정하는 제자리암(자궁경부및생식기관)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
자궁경부의 제자리암종	D06
기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표91】 제자리신생물(기타) 분류표

약관에 규정하는 제자리암(기타)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
제자리흑색종	D03
기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표92】 특정경증상해 분류표

약관에 규정하는 특정경증상해로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상상병 해당 여부를 판단합니다.

대상상병	분류번호
치아의 파절	S02.5
치아의 탈구	S03.2

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표93】 정신질환 1~5군 분류표

약관에 규정하는 정신질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호
1군	조현병	F20
	지속성 망상장애	F22
	조현정동장애	F25
	조증에피소드	F30
	양극성 정동장애	F31
2군	조현형장애	F21
	급성 및 일과성 정신병장애	F23
	유도망상장애	F24
	기타 비기질성 정신병장애	F28
	상세불명의 비기질성 정신병	F29
	중등도 우울에피소드	F32.1
	정신병적 증상이 없는 중증의 우울에피소드	F32.2
	정신병적 증상이 있는 중증의 우울에피소드	F32.3
	재발성 우울장애, 현존 중등도	F33.1
	재발성 우울장애, 현존 정신병적 증상이 없는 중증	F33.2
	재발성 우울장애, 현존 정신병적 증상이 있는 중증	F33.3
3군	알코올 및 기타 정신활성물질에 의해 유발된 것이 아닌 기질성 기억상실증후군	F04
	알코올 및 기타 정신활성물질에 의하여 유발된 것이 아닌 섬망	F05
	뇌손상, 뇌기능이상 및 신체질환에 의한 기타 정신장애	F06
	뇌질환, 뇌손상 및 기능이상에 의한 인격 및 행동장애	F07
	상세불명의 기질성 또는 증상성 정신장애	F09
	경도 우울에피소드	F32.0

구분	대상질병	분류번호
	기타 우울에피소드	F32.8
	상세불명의 우울에피소드	F32.9
	재발성 우울장애, 현존 경도	F33.0
	재발성 우울장애, 현존 관해 상태	F33.4
	기타 재발성 우울장애	F33.8
	상세불명의 재발성 우울장애	F33.9
	광장공포증	F40.0
	공황장애[우발적 발작성 불안]	F41.0
	범불안장애	F41.1
	강박장애	F42
	외상후스트레스장애	F43.1
	활동성 및 주의력 장애	F90.0
	만성 운동 또는 음성 틱장애	F95.1
	복합된 음성 및 다발성 운동 틱장애[데라투렛증후군]	F95.2
	말더듬[말더듬증]	F98.5
4군	달리 분류되지 않은 산후기의 정신 및 행동 장애	F53
	지속성 기분[정동]장애	F34
	기타 기분[정동]장애	F38
	상세불명의 기분[정동]장애	F39
	사회공포증	F40.1
	특정 (고립된) 공포증	F40.2
	기타 공포성 불안장애	F40.8
	상세불명의 공포성 불안장애	F40.9
	혼합형 불안 및 우울장애	F41.2
	기타 혼합형 불안장애	F41.3
	기타 명시된 불안장애	F41.8
	상세불명의 불안장애	F41.9
	급성 스트레스반응	F43.0
	적응장애	F43.2
	심한 스트레스에 대한 기타 반응	F43.8
	심한 스트레스에 대한 상세불명의 반응	F43.9
	해리[전환]장애	F44
	신체형장애	F45

구분	대상질병	분류번호
	기타 신경성 장애	F48
	식사장애	F50
	비기질성 수면장애	F51
5군	운동과다성 행동장애	F90.1
	기타 운동과다장애	F90.8
	상세불명의 운동과다장애	F90.9
	행동장애	F91
	행동 및 정서의 혼합 장애	F92
	소아기에만 발병하는 정서장애	F93
	소아기 및 청소년기에만 발병하는 사회적 기능수행장애	F94
	일과성 틱장애	F95.0
	기타 틱장애	F95.8
	상세불명의 틱장애	F95.9
	비기질성 유뇨증	F98.0
	비기질성 유분증	F98.1
	영아기 또는 소아기의 급식장애	F98.2
	영아기 또는 소아기의 이식증(異食症)	F98.3
	상동적(常同的) 운동장애	F98.4
	속화증(速話症)	F98.6
	기타 명시된 소아기와 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서 장애	F98.8
	소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 상세불명의 행동 및 정서 장애	F98.9

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관

성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표94】 정신질환 1~3그룹 분류표

약관에 규정하는 정신질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호
1그룹	조현병	F20
	지속성 망상장애	F22
	조현정동장애	F25
	조증에피소드	F30
	양극성 정동장애	F31
	조현형장애	F21
	급성 및 일과성 정신병장애	F23
	유도망상장애	F24
	기타 비기질성 정신병장애	F28
	상세불명의 비기질성 정신병	F29
	중등도 우울에피소드	F32.1
	정신병적 증상이 없는 중증의 우울에피소드	F32.2
	정신병적 증상이 있는 중증의 우울에피소드	F32.3
	재발성 우울장애, 현존 중등도	F33.1
	재발성 우울장애, 현존 정신병적 증상이 없는 중증	F33.2
	재발성 우울장애, 현존 정신병적 증상이 있는 중증	F33.3
2그룹	알코올 및 기타 정신활성물질에 의해 유발된 것이 아닌 기질성 기억상실증후군	F04
	알코올 및 기타 정신활성물질에 의하여 유발된 것이 아닌 섬망	F05
	뇌손상, 뇌기능이상 및 신체질환에 의한 기타 정신장애	F06
	뇌질환, 뇌손상 및 기능이상에 의한 인격 및 행동장애	F07
	상세불명의 기질성 또는 증상성 정신장애	F09
	경도 우울에피소드	F32.0
	기타 우울에피소드	F32.8
	상세불명의 우울에피소드	F32.9

구분	대상질병	분류번호
	재발성 우울장애, 현존 경도	F33.0
	재발성 우울장애, 현존 관해 상태	F33.4
	기타 재발성 우울장애	F33.8
	상세불명의 재발성 우울장애	F33.9
	광장공포증	F40.0
	공황장애[우발적 발작성 불안]	F41.0
	범불안장애	F41.1
	강박장애	F42
	외상후스트레스장애	F43.1
	달리 분류되지 않은 산후기의 정신 및 행동 장애	F53
3그룹	지속성 기분[정동]장애	F34
	기타 기분[정동]장애	F38
	상세불명의 기분[정동]장애	F39
	사회공포증	F40.1
	특정 (고립된) 공포증	F40.2
	기타 공포성 불안장애	F40.8
	상세불명의 공포성 불안장애	F40.9
	혼합형 불안 및 우울장애	F41.2
	기타 혼합형 불안장애	F41.3
	기타 명시된 불안장애	F41.8
	상세불명의 불안장애	F41.9
	급성 스트레스반응	F43.0
	적응장애	F43.2
	심한 스트레스에 대한 기타 반응	F43.8
	심한 스트레스에 대한 상세불명의 반응	F43.9
	해리[전환]장애	F44
	신체형장애	F45
	기타 신경성 장애	F48
	식사장애	F50
	비기질성 수면장애	F51
	활동성 및 주의력 장애	F90.0
	운동과다성 행동장애	F90.1
	기타 운동과다장애	F90.8
	상세불명의 운동과다장애	F90.9
	행동장애	F91
	행동 및 정서의 혼합 장애	F92
	소아기에만 발병하는 정서장애	F93
	소아기 및 청소년기에만 발병하는 사회적 기능수행장애	F94
	일과성 틱장애	F95.0
	만성 운동 또는 음성 틱장애	F95.1
	복합된 음성 및 다발성 운동 틱장애[데라투렛 증후군]	F95.2
	기타 틱장애	F95.8
	상세불명의 틱장애	F95.9
	비기질성 유뇨증	F98.0
	비기질성 유분증	F98.1
	영아기 또는 소아기의 급식장애	F98.2
	영아기 또는 소아기의 이식증(異食症)	F98.3
	상동적(常同的) 운동장애	F98.4
	말더듬[말더듬증]	F98.5
	속화증(速話症)	F98.6
	기타 명시된 소아기와 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서장애	F98.8
	소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 상세불명의 행동 및 정서장애	F98.9

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표95】 중증정신질환 분류표

약관에 규정하는 중증정신질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상 질병 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
조현병	F20
지속성 망상장애	F22
조현정동장애	F25
조증에피소드	F30
양극성 정동장애	F31
조현형장애	F21
급성 및 일과성 정신병장애	F23
유도망상장애	F24
기타 비기질성 정신병장애	F28
상세불명의 비기질성 정신병	F29
중등도 우울에피소드	F32.1
정신병적 증상이 없는 중증의 우울에피소드	F32.2
정신병적 증상이 있는 중증의 우울에피소드	F32.3
재발성 우울장애, 현존 중등도	F33.1
재발성 우울장애, 현존 정신병적 증상이 없는 중증	F33.2
재발성 우울장애, 현존 정신병적 증상이 있는 중증	F33.3

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표96】 전신마취 의료행위 분류표

약관에 규정하는 전신마취 의료행위로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상치료		수가코드
기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취	마취관리기본 [1시간기준] 마취 유지 마취 유지(상급종합병원)	L1211 L1221 L1231
마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취	마취관리기본 [1시간기준] 마취 유지 마취 유지(상급종합병원)	L1212 L1222 L1232

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 검사 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 검사 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표97】 1-5종수술Ⅴ 분류표

1. 일반적인 상해 및 질병 치료목적의 수술

구분	수술명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술[농양(고름집)의 절개 및 배액은 제외]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術)등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술 [다지증에 대한 절단수술은 제외]	-
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	-
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술[하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외]	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심장막(心臟膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술	3

구분	수술명	수술 종류
소화기계의 수술	[개복술을 수반하는 것] 37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양(고름집)수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] (단, 직장탈근본수술은 제외)	4
비뇨기계, 생식기계의 수술 [인공임신중절 수술은 제외함]	44. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	45. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외]	2
	46. 방광류 교정수술	1
	47. 요실금수술(급여)	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 [포경수술 및 음경이물제거수술은 제외]	3
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 [단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외]	2
	53. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	54. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술	1
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	58. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술 [안검내반증 제외]	1
	64. 눈물소관(淚小管,눈물길)형성수술 [누관튜브삽입술 포함]	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술	2
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	76. 안와내종양절제수술	3

구분	수술명	수술종류
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외]	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터 (Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술	-
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기[심장 제외], 복부장기[비뇨, 생식기 제외], 척추, 사지관절[손가락, 발가락은 제외]	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

주1) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적(經皮的,Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

주2) 47항(요실금수술(급여))는 피보험자가 남성인 경우 보상하지 않습니다.

2. 악성신생물 치료목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery). 단, 기타피부암(C44), 유방암(C50), 갑상선암(C73), 자궁경부의 암(C53), 자궁체부의 암(C54), 전립선암(C61), 방광암(C67) 제외 [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
1-2. 갑상선암(C73), 유방암 (C50), 자궁경부의 암(C53), 자궁체부의 암(C54), 전립선암(C61), 방광암(C67)	4
2. 내시경 수술	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술	3

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

3. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

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

[1~5종 수술분류표 사용 지침]

1. '수술'이라 함은 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 한의사 또는 치과의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정한

국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 '1-5종 수술분류표'에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. '수술'은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 '수술'에서 제외합니다.

2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. '1-5종 수술분류표' 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준 :
   '1-5종 수술분류표'에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 '수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   1) '1~5종 수술분류표' 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 '1~5종 수술분류표' 상의 동일부위 수술로 봅니다.
   2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술인 경우에는 '1-5종 수술분류표' 중 '1. 일반적인 상해 및 질병치료 목적의 수술' 88항 (악성신생물의 경우는 '2. 악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.
6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 요실금수술(급여) 대상 수가코드
   약관에 규정하는 요실금수술(급여)로 분류되는 의료행위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내용	수가코드
요실금수술-개복에 의한 수술	R3562
요실금수술-질강을 통한 수술-자기근막을 이용한 경우 (근막채취료 포함)	R3564
요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	R3565

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 수술 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표98】 요양병원 입원환자(의료경도 이상)

약관에 규정하는 “요양병원 입원환자(의료경도 이상)”는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수” 제3편(요양병원 급여 및 상대가치점수) 제2부(요양병원 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침)에서 정한 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

분류번호	대상이 되는 항목	분류번호
요-1	의료최고도	A1100~A1900
요-2	의료고도	A2100~A2900
요-3	의료중도	A3100~A3900
요-6	의료경도	A6100~A6900

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표99】 요양병원 입원환자(의료중도 이상)

약관에 규정하는 “요양병원 입원환자(의료중도 이상)”는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수” 제3편(요양병원 급여 및 상대가치점수) 제2부(요양병원 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침)에서 정한 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

분류번호	대상이 되는 항목	분류번호
요-1	의료최고도	A1100~A1900
요-2	의료고도	A2100~A2900
요-3	의료중도	A3100~A3900

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표100】 요양병원 입원환자(의료고도 이상)

약관에 규정하는 “요양병원 입원환자(의료고도 이상)”는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수” 제3편(요양병원 급여 및 상대가치점수) 제2부(요양병원 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침)에서 정한 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

분류번호	대상이 되는 항목	분류번호
요-1	의료최고도	A1100~A1900
요-2	의료고도	A2100~A2900

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표101】 요양병원 입원환자(의료최고도)

약관에 규정하는 “요양병원 입원환자(의료최고도)”는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수” 제3편(요양병원 급여 및 상대가치점수) 제2부(요양병원 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침)에서 정한 다음의 수가코드에 해당하는 진료행위를 말합니다.

분류번호	대상이 되는 항목	분류번호
요-1	의료최고도	A1100~A1900

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표102】 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명

1 아래 “특정면역항암제” 해당 의약품명 및 성분명은 2022년 5월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 “특정면역항암제” 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

2 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

〈의약품명과 성분명〉

작용기전 분류	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
면역관문억제제	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합) 옵디보주100mg(니볼루맙,유전자재조합) 옵디보주240mg(니볼루맙,유전자재조합)
	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터 (이필리무맙,유전자재조합) 여보이주50밀리그램/10밀리리터 (이필리무맙,유전자재조합)
	더발루맙 durvalumab	임핀지주(2.4mL)(더발루맙) 임핀지주(10mL)(더발루맙)
	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
항체약물중합체항암치료제	트라스투주맙엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주100밀리그램 (트라스투주맙엠탄신) 캐싸일라주160밀리그램 (트라스투주맙엠탄신)
	브렌툭시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
	이노투주맙오조가마이신 inotuzumab ozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
	겜투주맙오조가마이신 gemtuzumab ozogamicin	마일로탁주4.5mg
	폴라투주맙베도틴 Polatuzumab Vedotin	폴라이비주(폴라투주맙베도틴)
카티항암치료제	티사젠렉류셀 tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)

1. 성분명은 ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
2. 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
3. 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. “특정면역항암제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

【별표103】 암주요재활치료(급여) 대상 수가코드

약관에 규정하는 급여 암 주요재활치료로 분류되는 의료행위는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내용	수가코드
단순운동치료[1일당](Simple Therapeutic Exercise)	MM101
운동치료-복합운동치료[1일당](Therapeutic Exercise-Complex)	MM102
운동치료-등속성운동치료[1일당](Therapeutic Exercise-Isokinetic)	MM103
재활기능치료-매트및이동치료(Rehabilitative Functional Training-Mattress or Mobilization Training)	MM301
재활기능치료-보행치료(Rehabilitative Functional Training-Gait Training)	MM302
작업치료-단순작업치료(Occupational Therapy-Simple)	MM111
작업치료-복합작업치료(Occupational Therapy-Complex)	MM112
작업치료-특수작업치료(Occupational Therapy-Special)	MM113
일상생활동작훈련치료[1일당](Activities Of Daily Living Training)	MM114
압박치료[1일당](Pneumatic Compression)	MM190
복합림프물리치료[1일당](Complex Decongestive Physical Therapy)	MM200
연하재활 기능적전기자극치료(Functional Electrical Stimulation for Rehabilitative Dysphagia Therapy)	MZ008
연하장애재활치료(Rehabilitative Dysphagia Therapy)	MX141
항문직장및골반근의생체되먹이기치료[1일당](Anorectal And Pelvic Muscle Biofeedback)	MX031

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 치료 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표104】 3대질병 분류표

약관에 규정하는 3대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호
악성신생물(암)	1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00~C14
	2. 소화기관의 악성신생물	C15~C26
	3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물	C30~C39
	4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
	5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43~C44
	6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45~C49
	7. 유방의 악성신생물	C50
	8. 여성생식기관의 악성신생물	C51~C58
	9. 남성생식기관의 악성신생물	C60~C63
	10. 요로의 악성신생물	C64~C68
	11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69~C72
	12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73~C75
	13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76~C80
	14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96
	15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
	16. 진성 적혈구증가증	D45
	17. 골수형성이상 증후군	D46
	18. 만성 골수증식질환	D47.1
	19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
	20. 골수섬유증	D47.4
	21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5
제자리신생물	1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
	2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01

구분	대상질병	분류번호
	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
행동양식 불명 또는 미상의 신생물	1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
	2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
	3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
	4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
	5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
	6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
	7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
	8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
	9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
	10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
	11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
	12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
	13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48
뇌혈관질환	1. 거미막하 출혈	I60
	2. 뇌내출혈	I61
	3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	4. 뇌경색증	I63
	5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	8. 기타 뇌혈관 질환	I67
	9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	10. 뇌혈관질환의 후유증	I69
허혈심장 질환	1. 협심증	I20
	2. 급성심근경색증	I21
	3. 후속 심근경색증	I22
	4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
	6. 만성 허혈심장병	I25

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표105】 뇌심질환 분류표

약관에 규정하는 뇌심질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관의 보장 대상질병 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호
뇌질환	[뇌혈관질환]	
	1. 거미막하 출혈	I60
	2. 뇌내출혈	I61
	3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	4. 뇌경색증	I63
	5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	8. 기타 뇌혈관 질환	I67
	9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	10. 뇌혈관질환의 후유증	I69
	[두개내손상]	
	1. 두개내손상	S06
	[뇌전증]	
	1. 뇌전증	G40
	2. 뇌전증지속상태	G41
	[일과성허혈발작]	
	1. 일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45
	[파킨슨병]	
	1. 파킨슨병	G20
	2. 이차성 파킨슨	G21
	[뇌수막염]	
	1. 뇌염, 척수염 및 뇌척추염	G04
심장질환	[허혈심장질환]	
	1. 협심증	I20
	2. 급성심근경색증	I21
	3. 후속 심근경색증	I22
	4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
	6. 만성 허혈심장병	I25
	[대동맥류 및 대동맥류 박리]	
	1. 대동맥동맥류 및 박리	I71
	[흉부 혈관 및 심장의 손상]	
	1. 흉부 혈관의 손상	S25
	2. 심장의 손상	S26
	[기타 형태의 심장병]	
	급성 심낭염	I30
	심낭의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심낭염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	비류마티스성 승모판 장애	I34
	비류마티스성 대동맥판 장애	I35
	비류마티스성 삼첨판 장애	I36
	폐동맥판 장애	I37
	상세불명 판막의 심내막염	I38

구분	대상질병	분류번호
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	심방실 차단 및 좌각 차단	I44
	기타 전도 장애	I45
	심장 정지	I46
	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장성 부정맥	I49
	심부전	I50
	심장 질환의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52
	[류마티스 심장질환]	
	심장 침습이 있는 류마티스 열	I01
	류마티스성 승모판 질환	I05
	류마티스성 대동맥판 질환	I06
	류마티스성 삼첨판 질환	I07
	다발성 판막 질환	I08
	기타 류마티스성 심장 질환	I09

1. 제9차 개정 이후 이 약관의 대상질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 다르나 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서를 따릅니다.

【별표106】 급여 뇌심질환 검사 분류표

약관에 규정하는 급여 뇌심질환 검사로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상치료		수가코드
뇌CT	일반전산화단층영상진단-두부-조영제를 사용하지 않는 경우	HA451
	일반전산화단층영상진단-두부-조영제를 사용하는 경우	HA461
	일반전산화단층영상진단-두부-이중, 삼중, 삼차원CT, CT혈관조영, 관절강내조영촬영, Cine, 뇌조CT	HA471
	일반전산화단층영상진단-두부-제한적 CT	HA441
	일반전산화단층영상진단-두부-중재적시술유도 제2회부터	HA851
뇌MRI	자기공명영상진단-기본검사-뇌-일반-촬영료 등	HI101
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-일반-촬영료 등	HI135
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI201
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI235
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI301
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-제한적 MRI(방사선치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI401
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI501
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-3차원자기공명영상을 실시한	HI535

대상치료		수가코드
	경우-촬영료 등	
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-일반-판독료	HJ101
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-일반-판독료	HJ135
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ201
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ235
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ301
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-제한적 MRI(방사선 치료병위 및 위치결정 등)-판독료	HJ401
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ501
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ535
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ601
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ635
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-외부병원 필름 판독-전문의	HJ701
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-외부병원 필름 판독-전문의	HJ735
뇌척수액검사	요추천자[뇌척수압측정포함]	C8000
뇌파검사	각성뇌파검사-18채널미만	F6141
	각성뇌파검사-18채널미만(이동뇌파를 실시한 경우)	F6142
	각성뇌파검사-18채널이상	FA141
	각성뇌파검사-18채널이상(이동뇌파를 실시한 경우)	FA142
	수면뇌파검사-18채널미만	F6145
	수면뇌파검사-18채널미만(각성뇌파검사와 동시에 실시한 경우)	F6144
	수면뇌파검사-18채널이상	FA145
	수면뇌파검사-18채널이상(각성뇌파검사와 동시에 실시한 경우)	FA144
	특수뇌파검사-약물 또는 물리적 유발 뇌파검사-18채널미만	F6147
	특수뇌파검사-약물 또는 물리적 유발 뇌파검사-18채널이상	FA147
	특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18채널 미만	F6148
	특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18채널 이상	FA148
	특수전극뇌파검사[비인두, 단축나비뼈, 나비뼈전극뇌파검사]-18채널 이상-나비뼈전극 뇌파검사를 실시한 경우	F6140
	보행뇌파검사-4시간이상8시간이하	F6143
	보행뇌파검사-8시간초과	F6146
	지속적 뇌파 감시[1일당]	F6149
	지속적비디오뇌파검사[두개강외,1일당]-64채널미만	F6151
	지속적비디오뇌파검사[두개강외,1일당]-64채널이상	F6153
	지속적비디오뇌파검사[두개강내,1일당]-64채널미만	F6152
	지속적비디오뇌파검사[두개강내,1일당]-64채널이상	F6154
심장CT	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를 사용하지 않는 경우-고해상력	HA424
	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를 사용하지 않는 경우-기타의 경우	HA434
	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를 사용하는 경우	HA464
	일반전산화단층영상진단-흉부-이중, 삼중, 삼차원CT,	HA474

대상치료		수가코드
	CT혈관조영, 관절강내조영촬영, Cine CT	
	일반전산화단층영상진단-흉부-제한적 CT	HA444
	일반전산화단층영상진단-흉부-중재적시술유도 제2회부터	HA834
심장MRI	자기공명영상진단-기본검사-심장-일반-촬영료 등	HI124
	자기공명영상진단-기본검사-심장-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI224
	자기공명영상진단-기본검사-심장-중재적시술유도제2회부터-촬영료 등	HI324
	자기공명영상진단-기본검사-심장-일반-판독료	HJ124
	자기공명영상진단-기본검사-심장-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ224
	자기공명영상진단-기본검사-심장-중재적시술유도제2회부터-판독료	HJ324
	자기공명영상진단-기본검사-심장-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ624
	자기공명영상진단-기본검사-심장-외부병원 필름 판독-전문의	HJ724
	자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-일반-촬영료 등	HI140
	자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI240
	자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI540
	자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-일반-판독료	HJ140
	자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ240
	자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-3차원자기공명영상을 실시한 경우-판독료	HJ540
	자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-외부병원 필름 판독-영상의학과 전문의	HJ640
	자기공명영상진단-기본검사-혈관 [동맥 또는 정맥]-심혈관-외부병원 필름 판독-전문의	HJ740
심장초음파 검사	심장-선천성 심질환 경흉부 심초음파	EB430
	심장-경흉부 심초음파-단순	EB431
	심장-경흉부 심초음파-일반	EB432
	심장-경흉부 심초음파-전문	EB433
	심장-부하 심초음파-약물부하	EB434
	심장-부하 심초음파-운동부하	EB435
	심장-태아정밀 심초음파	EB436
	심장-경식도 심초음파	EB611
	심장-선천성 심질환 경식도 심초음파	EB610
	심장-심장내 초음파	EB612

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 검사 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 검사 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표107】 급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술 분류표

약관에 규정하는 급여 뇌심질환 검사로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상치료		수가코드
뇌혈관조영술	두경부동맥조영-추골동맥	HA601
	두경부동맥조영-총경동맥	HA602
	두경부동맥조영-외경동맥	HA603
	두경부동맥조영-내경동맥	HA604
	두경부동맥조영-내경동맥폐색검사(조영술료 포함)	HA606
	두경부동맥조영-전뇌동맥	HA605
관상동맥조영술	흉부동맥조영-우심방조영	HA610
	흉부동맥조영-우심실조영	HA611
	흉부동맥조영-좌심실조영	HA612
	흉부동맥조영-좌심방조영	HA613
	관상동맥조영	HA670
	이식된 관동맥우회로조영촬영[환자본래의 관상동맥조영촬영포함]	HA680
	이식된 관동맥우회로조영촬영[환자본래의 관상동맥조영촬영포함]-2개 혈관부터 최대 3개 혈관	HA681
	이식된 관동맥우회로조영촬영[환자본래의 관상동맥조영촬영포함]과 동시촬영된 좌심실조영촬영	HA682

보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 검사 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 검사 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

약관에서 인용한 법규

【법규1】 개인정보 보호법 ····· 999
【법규2】 개인정보 보호법 시행령 ····· 1001
【법규3】 국민건강보험법 ····· 1002
【법규4】 노인장기요양보험법 시행령 ····· 1002
【법규5】 도로교통법 ····· 1003
【법규6】 민법 ····· 1004
【법규7】 상법 ····· 1004
【법규8】 성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 ····· 1005
【법규9】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 ····· 1007
【법규10】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령 ····· 1010
【법규11】 아동·청소년의 성보호에 관한 법률 ····· 1012
【법규12】 여객자동차운수사업법 시행령 ····· 1013
【법규13】 응급의료에 관한 법률 ····· 1014
【법규14】 의료급여법 시행령 ····· 1014
【법규15】 의료법 ····· 1015
【법규16】 의료법 시행규칙 별표3 ····· 1018
【법규17】 의료법 시행규칙 별표4 ····· 1018
【법규18】 자동차관리법 시행규칙 ····· 1019
【법규19】 자동차손해배상보장법 시행령 ····· 1021
【법규20】 장애인복지법 시행령 ····· 1022
【법규21】 장애인복지법 시행규칙 ····· 1024
【법규22】 전자서명법 ····· 1028
【법규23】 지역보건법 ····· 1028
【법규24】 폭력행위 등 처벌에 관한 법률 ····· 1029
【법규25】 형법 ····· 1030
【법규26】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 ····· 1033
【법규27】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령 ····· 1034
【법규28】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙 ····· 1039
【법규29】 한의약육성법 ····· 1039
【법규30】 약사법 ····· 1040
【법규31】 다중이용업소의 안전관리에 관한 특별법 ····· 1040
【법규32】 소비자기본법 ····· 1041
【법규33】 공직선거법 ····· 1041
【법규34】 산업재해보상보험법 시행규칙 ····· 1042
【법규35】 보험업감독규정 ····· 1043
【법규36】 보험업법 ····· 1043
【법규37】 보험업법 시행령 ····· 1044
【법규38】 어린이놀이시설 안전관리법 ····· 1045
【법규39】 어린이놀이시설 안전관리법 시행령 별표2 ····· 1046
【법규40】 고압가스 안전관리법 ····· 1046
【법규41】 산업안전보건법 ····· 1047
【법규42】 도로법 ····· 1047
【법규43】 교통사고처리특례법 ····· 1048
【법규44】 장기 등 이식에 관한 법률 ····· 1049
【법규45】 자전거 이용 활성화에 관한 법률 ····· 1049
【법규46】 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 ····· 1050
【법규47】 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 ····· 1050
【법규48】 금융소비자 보호에 관한 법률 ····· 1052
【법규49】 장기등 이식에 관한 법률 시행령[별표4] ····· 1055
【법규50】 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 ····· 1056

※ 위의 법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

【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 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 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 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 삭제<2023. 3. 14.>

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<2023. 3. 14.>

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<2023. 3. 14.>

⑦ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제23조(민감정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 “민감정보”라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 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 분실·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<2013. 8. 6.>

③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.

⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

【법규2】 개인정보 보호법 시행령

제17조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 법 제22조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 조건을 모두 충족해야 한다.
1. 정보주체가 자유로운 의사에 따라 동의 여부를 결정할 수 있을 것
2. 동의를 받으려는 내용이 구체적이고 명확할 것
3. 그 내용을 쉽게 읽고 이해할 수 있는 문구를 사용할 것
4. 동의 여부를 명확하게 표시할 수 있는 방법을 정보주체에게 제공할 것

② 개인정보처리자는 법 제22조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 정보주체의 동의를 받아야 한다.
1. 동의 내용이 적힌 서면을 정보주체에게 직접 발급하거나 우편 또는 팩스 등의 방법으로 전달하고, 정보주체가 서명하거나 날인한 동의서를 받는 방법
2. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법
3. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 정보주체에게 인터넷주소 등을 통하여 동의 사항을 확인하도록 한 후 다시 전화를 통하여 그 동의 사항에 대한 동의의 의사표시를 확인하는 방법
4. 인터넷 홈페이지 등에 동의 내용을 게재하고 정보주체가 동의 여부를 표시하도록 하는 방법
5. 동의 내용이 적힌 전자우편을 발송하여 정보주체로부터 동의의 의사표시가 적힌 전자우편을 받는 방법
6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 규정에 따른 방법에 준하는 방법으로 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법

③ 법 제22조제2항에서 “대통령령으로 정하는 중요한 내용”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 개인정보의 수집 · 이용 목적 중 재화나 서비스의 홍보 또는 판매 권유 등을 위하여 해당 개인정보를 이용하여 정보주체에게 연락할 수 있다는 사실
2. 처리하려는 개인정보의 항목 중 다음 각 목의 사항
   가. 민감정보
   나. 제19조제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 여권번호, 운전면허의 면허번호 및 외국인등록번호
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간(제공 시에는 제공받는 자의 보유 및 이용 기간을 말한다)
4. 개인정보를 제공받는 자 및 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적

④ 개인정보처리자는 정보주체로부터 법 제22조제1항 각 호에 따른 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 동의 여부를 선택할 수 있다는 사실을 명확하게 알 수 있도록 표시해야 한다.

⑤ 법 제22조제3항 전단에서 “대통령령으로 정하는 방법”이란 서면, 전자우편, 팩스, 전화, 문자전송 또는 이에 상당하는 방법(이하 “서면등의 방법”이라 한다)을 말한다.

⑥ 중앙행정기관의 장은 제2항에 따른 동의방법 중 소관 분야의 개인정보처리자별 업무, 업종의 특성 및 정보주체의 수 등을 고려하여 적절한 동의방법에 관한 기준을 법 제12조제2항에 따른 개인정보 보호지침(이하 “개인정보 보호지침”이라 한다)으로 정하여 그 기준에 따라 동의를 받도록 개인정보처리자에게 권장할 수 있다.

【법규3】 국민건강보험법

제42조(요양기관)

① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.
1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.
1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우

④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.

⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

【법규4】 노인장기요양보험법 시행령

제7조(등급판정기준 등)

① 법 제15조제2항에 따른 등급판정기준은 다음 각 호와 같다.
1. 장기요양 1등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 95점 이상인 자
2. 장기요양 2등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자
3. 장기요양 3등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자
4. 장기요양 4등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자
5. 장기요양 5등급 : 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다)환자로서 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자
6. 장기요양 인지지원등급 : 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다)환자로서 장기요양인정 점수가 45점 미만인 자

② 제1항에 따른 장기요양인정 점수는 장기요양이 필요한 정도를 나타내는 점수로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 심신의 기능 저하 상태를 측정하는 방법에 따라 산정한다.

【법규5】 도로교통법

제2조(정의)

19. “원동기장치자전거”란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 차를 말한다.
    가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 이륜자동차 가운데 배기량 125시시 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 이륜자동차
    나. 그 밖에 배기량 125시시 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 원동기를 단 차(「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조 제1호의2에 따른 전기자전거 및 제21호의3에 따른 실외이동로봇은 제외한다)

19의2. “개인형 이동장치”란 제19호나목의 원동기장치자전거 중 시속 25킬로미터 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 아니하고 차체 중량이 30킬로그램 미만인 것으로서 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 시·도 경찰청장으로부터 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 술에 취한 상태에 있다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 사람은 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전한 후 제2항 또는 제3항에 따른 측정을 곤란하게 할 목적으로 추가로 술을 마시거나 혈중알코올농도에 영향을 줄 수 있는 의약품 등 행정안전부령으로 정하는 물품을 사용하는 행위(이하 “음주측정방해행위”라 한다. 이하 같다)를 하여서는 아니 된다.

⑥ 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.

【법규6】 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 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

제753조(미성년자의 책임능력)

미성년자가 타인에게 손해를 가한 경우에 그 행위의 책임을 변식할 지능이 없는 때에는 배상의 책임이 없다.

제754조(심신상실자의 책임능력)

심신상실 중에 타인에게 손해를 가한 자는 배상의 책임이 없다. 그러나 고의 또는 과실로 인하여 심신상실을 초래한 때에는 그러하지 아니하다.

제755조(감독자의 책임)

① 다른 자에게 손해를 가한 사람이 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 경우에는 그를 감독할 법정의무가 있는 자가 그 손해를 배상할 책임이 있다. 다만, 감독의무를 게을리 하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.
② 감독의무자를 갈음하여 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 사람을 감독하는 자도 제1항의 책임이 있다.

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

【법규7】 상법

제651조(고지위반으로 인한 계약 해지)

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

제657조(보험사고발생의 통지의무)

① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

【법규8】 성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법

제2장 성폭력범죄의 처벌 및 절차에 관한 특례

제3조(특수강도강간 등)

① 「형법」 제319조제1항(주거침입), 제330조(야간주거침입절도), 제331조(특수절도) 또는 제342조(미수범. 다만, 제330조 및 제331조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 같은 법 제297조(강간), 제297조의2(유사강간), 제298조(강제추행) 및 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 경우에는 무기징역 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

② 「형법」 제334조(특수강도) 또는 제342조(미수범. 다만, 제334조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 같은 법 제297조(강간), 제297조의2(유사강간), 제298조(강제추행) 및 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 경우에는 사형, 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제4조(특수강간 등)

① 흉기나 그 밖의 위험한 물건을 지닌 채 또는 2명 이상이 합동하여 「형법」 제297조(강간)의 죄를 범한 사람은 무기징역 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

② 제1항의 방법으로 「형법」 제298조(강제추행)의 죄를 범한 사람은 5년 이상의 유기징역에 처한다.

③ 제1항의 방법으로 「형법」 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 사람은 제1항 또는 제2항의 예에 따라 처벌한다.

제5조(친족관계에 의한 강간 등)

① 친족관계인 사람이 폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 경우에는 7년 이상의 유기징역에 처한다.

② 친족관계인 사람이 폭행 또는 협박으로 사람을 강제추행한 경우에는 5년 이상의 유기징역에 처한다.

③ 친족관계인 사람이 사람에 대하여 「형법」 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 경우에는 제1항 또는 제2항의 예에 따라 처벌한다.

④ 제1항부터 제3항까지의 친족의 범위는 4촌 이내의 혈족·인척과 동거하는 친족으로 한다.

⑤ 제1항부터 제3항까지의 친족은 사실상의 관계에 의한 친족을 포함한다.

제6조(장애인에 대한 강간·강제추행 등)

① 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람에 대하여 「형법」 제297조(강간)의 죄를 범한 사람은 무기징역 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

② 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람에 대하여 폭행이나 협박으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 사람은 5년 이상의 유기징역에 처한다.

1. 구강·항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣는 행위
2. 성기·항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부나 도구를 넣는 행위

③ 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람에 대하여 「형법」 제298조(강제추행)의 죄를 범한 사람은 3년 이상의 유기징역 또는 3천만원 이상 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

④ 신체적인 또는 정신적인 장애로 항거불능 또는 항거곤란 상태에 있음을 이용하여 사람을 간음하거나 추행한 사람은 제1항부터 제3항까지의 예에 따라 처벌한다.

⑤ 위계(僞計) 또는 위력(威力)으로써 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람을 간음한 사람은 5년 이상의 유기징역에 처한다.

⑥ 위계 또는 위력으로써 신체적인 또는 정신적인 장애가 있는 사람을 추행한 사람은 1년 이상의 유기징역 또는 1천만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

⑦ 장애인의 보호, 교육 등을 목적으로 하는 시설의 장 또는 종사자가 보호, 감독의 대상인 장애인에 대하여 제1항부터 제6항까지의 죄를 범한 경우에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제7조(13세 미만의 미성년자에 대한 강간, 강제추행 등)

① 13세 미만의 사람에 대하여 「형법」 제297조(강간)의 죄를 범한 사람은 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

② 13세 미만의 사람에 대하여 폭행이나 협박으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 사람은 7년 이상의 유기징역에 처한다.

1. 구강·항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣는 행위
2. 성기·항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부나 도구를 넣는 행위

③ 13세 미만의 사람에 대하여 「형법」 제298조(강제추행)의 죄를 범한 사람은 5년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 13세 미만의 사람에 대하여 「형법」 제299조(준강간, 준강제추행)의 죄를 범한 사람은 제1항부터 제3항까지의 예에 따라 처벌한다.

⑤ 위계 또는 위력으로써 13세 미만의 사람을 간음하거나 추행한 사람은 제1항부터 제3항까지의 예에 따라 처벌한다.

제8조(강간 등 상해·치상)

① 제3조제1항, 제4조, 제6조, 제7조 또는 제15조(제3조제1항, 제4조, 제6조 또는 제7조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

② 제5조 또는 제15조(제5조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기징역 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제9조(강간 등 살인·치사)

① 제3조부터 제7조까지, 제15조(제3조부터 제7조까지의 미수범으로 한정한다)의 죄 또는 「형법」 제297조(강간), 제297조의2(유사강간) 및 제298조(강제추행)부터 제300조(미수범)까지의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다.

② 제4조, 제5조 또는 제15조(제4조 또는 제5조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

③ 제6조, 제7조 또는 제15조(제6조 또는 제7조의 미수범으로 한정한다)의 죄를 범한 사람이 다른 사람을 사망에 이르게 한 때에는 사형, 무기징역 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제10조(업무상 위력 등에 의한 추행)

① 업무, 고용이나 그 밖의 관계로 인하여 자기의 보호, 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로 추행한 사람은 3년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.

② 법률에 따라 구금된 사람을 감호하는 사람이 그 사람을 추행한 때에는 5년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제11조(공중 밀집 장소에서의 추행)

대중교통수단, 공연·집회 장소, 그 밖에 공중(公衆)이 밀집하는 장소에서 사람을 추행한 사람은 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

제12조(성적 목적을 위한 다중이용장소 침입행위)

자기의 성적 욕망을 만족시킬 목적으로 화장실, 목욕장·목욕실 또는 발한실(發汗室), 모유수유시설, 탈의실 등 불특정 다수가 이용하는 다중이용장소에 침입하거나 같은 장소에서 퇴거의 요구를 받고 응하지 아니하는 사람은 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제13조(통신매체를 이용한 음란행위)

자기 또는 다른 사람의 성적 욕망을 유발하거나 만족시킬 목적으로 전화, 우편, 컴퓨터, 그 밖의 통신매체를 통하여 성적 수치심이나 혐오감을 일으키는 말, 음향, 글, 그림, 영상 또는 물건을 상대방에게 도달하게 한 사람은 2년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제14조(카메라 등을 이용한 촬영)

① 카메라나 그 밖에 이와 유사한 기능을 갖춘 기계장치를 이용하여 성적 욕망 또는 수치심을 유발할 수 있는 사람의 신체를 촬영대상자의 의사에 반하여 촬영한 자는 7년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제1항에 따른 촬영물 또는 복제물(복제물의 복제물을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)을 반포·판매·임대·제공 또는 공공연하게 전시·상영(이하 "반포등"이라 한다)한 자 또는 제1항의 촬영이 촬영 당시에는 촬영대상자의 의사에 반하지 아니한 경우(자신의 신체를 직접 촬영한 경우를 포함한다)에도 사후에 그 촬영물 또는 복제물을 촬영대상자의 의사에 반하여 반포등을 한 자는 7년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 영리를 목적으로 촬영대상자의 의사에 반하여 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제1호의 정보통신망(이하 "정보통신망"이라 한다)을 이용하여 제2항의 죄를 범한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제1항 또는 제2항의 촬영물 또는 복제물을 소지·구입·저장 또는 시청한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

⑤ 상습으로 제1항부터 제3항까지의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제14조의2(허위영상물 등의 반포등)

① 사람의 얼굴·신체 또는 음성을 대상으로 한 촬영물·영상물 또는 음성물(이하 이 조에서 “영상물등”이라 한다)을 영상물등의 대상자의 의사에 반하여 성적 욕망 또는 수치심을 유발할 수 있는 형태로 편집·합성 또는 가공(이하 이 조에서 “편집등”이라 한다)한 자는 7년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제1항에 따른 편집물·합성물·가공물(이하 이 조에서 “편집물등”이라 한다) 또는

복제물(복제물의 복제물을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)을 반포등을 한 자 또는 제1항의 편집등을 할 당시에는 영상물등의 대상자의 의사에 반하지 아니한 경우에도 사후에 그 편집물등 또는 복제물을 영상물등의 대상자의 의사에 반하여 반포등을 한 자는 7년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 영리를 목적으로 영상물등의 대상자의 의사에 반하여 정보통신망을 이용하여 제2항의 죄를 범한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제1항 또는 제2항의 편집물등 또는 복제물을 소지 · 구입 · 저장 또는 시청한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

⑤ 상습으로 제1항부터 제3항까지의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제14조의3(촬영물과 편집물 등을 이용한 협박 · 강요)

① 성적 욕망 또는 수치심을 유발할 수 있는 촬영물 또는 복제물(복제물의 복제물을 포함한다), 제14조의2제2항에 따른 편집물등 또는 복제물(복제물의 복제물을 포함한다)을 이용하여 사람을 협박한 자는 1년 이상의 유기징역에 처한다.

② 제1항에 따른 협박으로 사람의 권리행사를 방해하거나 의무 없는 일을 하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

③ 상습으로 제1항 및 제2항의 죄를 범한 경우에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제15조(미수범)

제3조부터 제9조까지, 제14조, 제14조의2 및 제14조의3의 미수범은 처벌한다.

제15조의2(예비, 음모)

제3조부터 제7조까지의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 사람은 3년 이하의 징역에 처한다.

【법규9】 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 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지 절차를 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 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.

9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우

9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우

가. 양 목적 간의 관련성

나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위

다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향

라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부

10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

제33조(개인신용정보의 이용)

① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.

1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우
2. 제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우
3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그

구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
4. 제32조제6항 각 호의 경우
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

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.

제35조(신용정보 이용 및 제공사실의 조회)

① 신용정보회사등은 개인신용정보를 이용하거나 제공한 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 구분에 따른 사항을 신용정보주체가 조회할 수 있도록 하여야 한다. 다만, 내부 경영관리의 목적으로 이용하거나 반복적인 업무위탁을 위하여 제공하는 경우 등 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 개인신용정보를 이용한 경우: 이용 주체, 이용 목적, 이용 날짜, 이용한 신용정보의 내용, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항
2. 개인신용정보를 제공한 경우: 제공 주체, 제공받은 자, 제공 목적, 제공한 날짜, 제공한 신용정보의 내용, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

② 신용정보회사등은 제1항에 따라 조회를 한 신용정보주체의 요청이 있는 경우 개인신용정보를 이용하거나 제공하는 때에 제1항 각 호의 구분에 따른 사항을 대통령령으로 정하는 바에 따라 신용정보주체에게 통지하여야 한다.

③ 신용정보회사등은 신용정보주체에게 제2항에 따른 통지를 요청할 수 있음을 알려주어야 한다.

제36조(상거래 거절 근거 신용정보의 고지 등)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사(기업정보조회업무만 하는 기업신용조회회사는 제외한다) 및 신용정보집중기관으로부터 제공받은 개인신용정보로서 대통령령으로 정하는 정보에 근거하여 상대방과의 상거래 관계 설정을 거절하거나 중지한 경우에는 해당 신용정보주체의 요구가 있으면 그 거절 또는 중지의 근거가 된 정보 등 대통령령으로 정하는 사항을 본인에게 고지하여야 한다.

② 신용정보주체는 제1항에 따라 고지받은 본인정보의 내용에 이의가 있으면 제1항에 따른 고지를 받은 날부터 60일 이내에 해당 신용정보를 수집·제공한 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사(기업정보조회업무만 하는 기업신용조회회사는 제외한다) 및 신용정보집중기관에게 그 신용정보의 정확성을 확인하도록 요청할 수 있다.

③ 제2항에 따른 확인절차 등에 관하여는 제38조를 준용한다.

제37조(개인신용정보 제공 동의 철회권 등)

① 개인인 신용정보주체는 제32조제1항 각 호의 방식으로 동의를 받은 신용정보제공·이용자에게 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 또는 신용정보집중기관에 제공하여 개인의 신용도 등을 평가하기 위한 목적 외의 목적으로 행한 개인신용정보 제공 동의를 대통령령으로 정하는 바에 따라 철회할 수 있다. 다만, 동의를 받은 신용정보제공·이용자 외의 신용정보제공·이용자에게 해당 개인신용정보를 제공하지 아니하면 해당 신용정보주체와 약정한 용역의 제공을 하지 못하게 되는 등 계약 이행이 어려워지거나 제33조제1항제1호에 따른 목적을 달성할 수 없는 경우에는 고객이 동의를 철회하려면 그 용역의 제공을 받지 아니할 의사를 명확하게 밝혀야 한다.

② 개인인 신용정보주체는 대통령령으로 정하는 바에 따라 신용정보제공·이용자에 대하여 상품이나 용역을 소개하거나 구매를 권유할 목적으로 본인에게 연락하는 것을 중지하도록 청구할 수 있다.

③ 신용정보제공·이용자는 서면, 전자문서 또는 구두에 의한 방법으로 제1항 및 제2항에 따른 권리의 내용, 행사방법 등을 거래 상대방인 개인에게 고지하고, 거래 상대방이 제1항 및 제2항의 요구를 하면 즉시 이에 따라야 한다. 이 때 구두에 의한 방법으로 이를 고지한 경우 대통령령으로 정하는 바에 따른 추가적인 사후 고지절차를 거쳐야 한다.

④ 신용정보제공·이용자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 제3항에 따른 의무를 이행하기 위한 절차를 갖추어야 한다.

⑤ 신용정보제공·이용자는 제2항에 따른 청구에 따라 발생하는 전화요금 등 금전적 비용을 개인인 신용정보주체가 부담하지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 필요한 조치를 하여야 한다.

제38조(신용정보의 열람 및 정정청구 등)

① 신용정보주체는 신용정보회사등에 본인의 신분을 나타내는 증표를 내보이거나 전화, 인터넷 홈페이지의 이용 등 대통령령으로 정하는 방법으로 본인임을 확인받아 신용정보회사등이 가지고 있는 신용정보주체 본인에 관한 신용정보로서 대통령령으로 정하는 신용정보의 교부 또는 열람을 청구할 수 있다.

② 제1항에 따라 자신의 신용정보를 열람한 신용정보주체는 본인 신용정보가 사실과 다른 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 정정을 청구할 수 있다.

③ 제2항에 따라 정정청구를 받은 신용정보회사등은 정정청구에 정당한 사유가 있다고 인정하면 지체 없이 해당 신용정보의 제공·이용을 중단한 후 사실인지를 조사하여 사실과 다르거나 확인할 수 없는 신용정보는 삭제하거나 정정하여야 한다.

④ 제3항에 따라 신용정보를 삭제하거나 정정한 신용정보회사등은 해당 신용정보를 최근 6개월 이내에 제공받은 자와 해당 신용정보주체가 요구하는 자에게 해당 신용정보에서 삭제하거나 정정한 내용을 알려야 한다.

⑤ 신용정보회사등은 제3항 및 제4항에 따른 처리결과를 7일 이내에 해당 신용정보주체에게 알려야 하며, 해당 신용정보주체는 처리결과에 이의가 있으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융위원회에 그 시정을 요청할 수 있다. 다만, 개인신용정보에 대한 제45조의3제1항에 따른 상거래기업 및 법인의 처리에 대하여 이의가 있으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 「개인정보 보호법」에 따른 개인정보 보호위원회(이하 "보호위원회"라 한다)에 그 시정을 요청할 수 있다.

⑥ 금융위원회 또는 보호위원회는 제5항에 따른 시정을 요청받으면 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」 제24조에 따라 설립된 금융감독원의 원장(이하 "금융감독원장"이라 한다) 또는 보호위원회가 지정한 자로 하여금 그 사실 여부를 조사하게 하고, 조사결과에 따라 신용정보회사등에 대하여 시정을 명하거나 그 밖에 필요한 조치를 할 수 있다. 다만, 필요한 경우 보호위원회는 해당 업무를 직접 수행할 수 있다.

⑦ 제6항에 따라 조사를 하는 자는 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 이를 관계인에게 내보여야 한다.

⑧ 신용정보회사등이 제6항에 따른 금융위원회 또는 보호위원회의 시정명령에 따라 시정조치를 한 경우에는 그 결과를 금융위원회 또는 보호위원회에 보고하여야 한다.

제39조(무료 열람권)

개인인 신용정보주체는 1년 이내로서 대통령령으로 정하는 일정한 기간마다 개인신용평가회사(대통령령으로 정하는 개인신용평가회사는 제외한다)에 대하여 다음 각 호의 신용정보를 1회 이상 무료로 교부받거나 열람할 수 있다.

1. 개인신용평점
2. 개인신용평점의 산출에 이용된 개인신용정보
3. 그 밖에 제1호 및 제2호에서 정한 정보와 유사한 정보로서 대통령령으로 정하는 신용정보

【법규10】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 삭제 〈2015. 9. 11.〉

② 신용정보제공 · 이용자는 법 제32조제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

1. 개인신용정보를 제공받는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공하는 개인신용정보의 내용
4. 개인신용정보를 제공받는 자(개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 신용정보제공 · 이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다.

④ 법 제32조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 방식"이란 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하여 동의를 받는 방식을 말한다.

⑤ 제4항의 방식으로 해당 신용정보주체로부터 개인신용정보의 제공에 관한 동의를 받는 경우 신용정보제공 · 이용자와 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 채택하여 활용해야 한다.

1. 금융거래 등 상거래관계의 유형 · 특성 · 위험도
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 업무 또는 업종의 특성
   가. 신용정보제공 · 이용자
   나. 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자

다. 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자

3. 정보 제공 동의를 받아야 하는 신용정보주체의 수

⑥ 법 제32조제2항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

1. 개인신용정보를 제공하는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공받는 개인신용정보의 항목
4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동의의 효력기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

⑦ 법 제32조제3항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 신용정보주체로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등으로 확인하고, 확인한 사항의 진위 여부를 주기적으로 점검해야 한다.

⑧ 법 제32조제4항 전단에 따라 신용정보제공·이용자가 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하는 경우에는 다음 각 호의 사항 등을 고려해야 한다.

1. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 그 신용정보주체와의 금융거래 등 상거래관계를 설정·유지할 수 없는지 여부
2. 해당 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의함으로써 제공·활용되는 개인신용정보가 신용정보제공·이용자와의 상거래관계에 따라 신용정보주체에게 제공되는 재화 또는 서비스(신용정보주체가 그 신용정보제공·이용자에게 신청한 상거래관계에서 제공하기로 한 재화 또는 서비스를 그 신용정보제공·이용자와 별도의 계약 또는 약정 등을 체결한 제3자가 신용정보주체에게 제공하는 경우를 포함한다)와 직접적으로 관련되어 있는지 여부
3. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 법 또는 다른 법령에 따른 의무를 이행할 수 없는지 여부

⑨ 신용정보제공·이용자가 법 제32조제4항 전단에 따라 필수적 동의 사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 동의를 받는 경우 동의서 양식을 구분하는 등의 방법으로 신용정보주체가 각 동의사항을 쉽게 이해할 수 있도록 해야 한다.

⑩ 법 제32조제6항제4호에서 "채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 목적을 말한다.

1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적
2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 않은 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제9항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
6. 「민법」 제450조에 따라 지명채권을 양수한 신용정보제공·이용자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하거나 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
   가. 지명채권의 양도인이 그 지명채권의 원인이 되는 상거래관계가 설정될 당시 법 제32조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받는 것에 대하여 해당 채무자로부터 동의를 받은 경우
   나. 법 또는 다른 법령에 따라 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받을 수 있는 경우
7. 삭제<2020. 8. 4.>

⑪ 법 제32조제6항제11호에서 "대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 경우를 말한다.

1. 장외파생상품 거래의 매매에 따른 위험 관리 및 투자자보호를 위해 장외파생상품 거래와 관련된 정보를 금융위원회, 금융감독원 및 한국은행에 제공하는 경우
2. 「상법」 제719조에 따른 책임보험계약의 제3자에 대한 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
3. 「상법」 제726조의2에 따른 자동차보험계약의 제3자의 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

⑫ 신용정보회사등이 법 제32조제7항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 알리는 경우와 같은 항 단서에 따라 불가피한 사유로 인하여 사후에 알리거나 공시하는 경우에 그 제공의 이유 및 그 알리거나 공시하는 자별로 알리거나 공시하는 시기 및 방법은 별표 2의2와 같다.

⑬ 법 제32조제8항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제2조 제6항 제7호 가목부터 허목까지의 자를 말한다.

⑭ 법 제32조제8항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다.

【법규11】 아동·청소년의 성보호에 관한 법률

제7조(아동·청소년에 대한 강간·강제추행 등)

① 폭행 또는 협박으로 아동·청소년을 강간한 사람은 무기징역 또는 5년 이상의 유기징역에 처한다.

② 아동·청소년에 대하여 폭행이나 협박으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 자는 5년 이상의 유기징역에 처한다.
1. 구강·항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣는 행위
2. 성기·항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부나 도구를 넣는 행위

③ 아동·청소년에 대하여 「형법」 제298조의 죄를 범한 자는 2년 이상의 유기징역 또는 1천만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

④ 아동·청소년에 대하여 「형법」 제299조의 죄를 범한 자는 제1항부터 제3항까지의 예에 따른다.

⑤ 위계(僞計) 또는 위력으로써 아동·청소년을 간음하거나 아동·청소년을 추행한 자는 제1항부터 제3항까지의 예에 따른다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 미수범은 처벌한다.

【법규12】 여객자동차운수사업법 시행령

제3조(여객자동차운송사업의 종류)

「여객자동차 운수사업법」(이하 "법"이라 한다) 제3조제2항에 따라 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 노선 여객자동차운송사업과 구역 여객자동차운송사업은 다음 각 호와 같이 세분한다.

1. 노선 여객자동차운송사업
   가. 시내버스운송사업: 주로 특별시·광역시·특별자치시 또는 시(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제10조제2항에 따른 행정시를 포함한다. 이하 같다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 광역급행형·직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
   나. 농어촌버스운송사업: 주로 군(광역시의 군은 제외한다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
   다. 마을버스운송사업: 주로 시·군·구의 단일 행정구역에서 기점·종점의 특수성이나 사용되는 자동차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 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
      1) 삭제 〈2024. 12. 31.〉
      2) 삭제 〈2024. 12. 31.〉
      3) 삭제 〈2024. 12. 31.〉
   나. 특수여객자동차운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장례에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업
   다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.
   라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접 운전(사업자의 질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

【법규13】 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 응급의료를 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 운용자 및 응급의료지원센터를 말한다.
8. “응급환자이송업”이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다.

제35조의2(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.

【법규14】 의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)

① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.
1. 삭제 〈2005.7.5.〉
2. 삭제 〈2005.7.5.〉

② 삭제 〈2005.7.5.〉

③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.

④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.

⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.
1. 1종수급권자 : 2만원
2. 2종수급권자 : 20만원

⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.
1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원
2. 2종수급권자: 연간 80만원. 다만, 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.

⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

【법규15】 의료법

제3조(의료기관)

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제3조의2(병원등)

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 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 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

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

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

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

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

제3조의5(전문병원 지정)

① 보건복지부장관은 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다.

② 제1항에 따른 전문병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 특정 질환별 · 진료과목별 환자의 구성비율 등이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
2. 보건복지부령으로 정하는 수 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 최근 3년간 해당 의료기관 또는 그 개설자가 제64조제1항에 따른 3개월 이상의 의료업 정지나 개설 허가의 취소 또는 폐쇄 명령을 받은 사실이 없을 것

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정하는 경우 제2항 각 호의 사항 및 진료의 난이도 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

④ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관에 대하여 3년마다 제3항에 따른 평가를 실시하여 전문병원으로 재지정할 수 있다.

⑤ 보건복지부장관은 제1항 또는 제4항에 따라 지정받거나 재지정받은 전문병원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소하여야 한다.
1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정 또는 재지정을 받은 경우
2. 지정 또는 재지정의 취소를 원하는 경우
3. 제2항제1호 또는 제2호의 요건에 해당하지 아니하여 제63조에 따른 시정명령을 받고 이를 이행하지 아니한 경우
4. 제64조제1항에 따라 의료업이 3개월 이상 정지되거나 개설 허가의 취소 또는 폐쇄 명령을 받은 경우
5. 전문병원에 소속된 의료인, 의료기관 개설자 또는 종사자가 제27조제1항 또는 제5항을 위반하여 전문병원 지정을 계속 유지하는 것이 부적절하다고 인정되는 경우

⑥ 보건복지부장관은 제3항 및 제4항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

⑦ 전문병원 지정 · 재지정의 기준 · 절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(의료인과 의료기관의 장의 의무)

① 의료인과 의료기관의 장은 의료의 질을 높이고 의료관련감염(의료기관 내에서 환자, 환자의 보호자, 의료인 또는 의료기관 종사자 등에게 발생하는 감염을 말한다. 이하 같다)을 예방하며 의료기술을 발전시키는 등 환자에게 최선의 의료서비스를 제공하기 위하여 노력하여야 한다.

② 의료인은 다른 의료인 또는 의료법인 등의 명의로 의료기관을 개설하거나 운영할 수 없다.

③ 의료기관의 장은 「보건의료기본법」 제6조 · 제12조 및 제13조에 따른 환자의 권리 등 보건복지부령으로 정하는 사항을 환자가 쉽게 볼 수 있도록 의료기관 내에 게시하여야 한다. 이 경우 게시 방법, 게시 장소 등 게시에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

④ 삭제〈2020. 3. 4.〉

⑤ 의료기관의 장은 환자와 보호자가 의료행위를 하는 사람의 신분을 알 수 있도록 의료인, 제27조제1항 각 호 외의 부분 단서에 따라 의료행위를 하는 같은 항 제3호에 따른 학생, 「간호법」 제2조제3호에 따른 간호조무사(이하 "간호조무사"라 한다) 및 「의료기사 등에 관한 법률」 제2조에 따른 의료기사에게 의료기관 내에서 대통령령으로 정하는 바에 따라 명찰을 달도록 지시 · 감독하여야 한다. 다만, 응급의료상황, 수술실 내인 경우, 의료행위를 하지 아니할 때, 그 밖에 대통령령으로 정하는 경우에는 명찰을 달지 아니하도록 할 수 있다.

⑥ 의료인은 일회용 의료기기(한 번 사용할 목적으로 제작되거나 한 번의 의료행위에서 한 환자에게 사용하여야 하는 의료기기로서 보건복지부령으로 정하는 의료기기를 말한다. 이하 같다)를 한 번 사용한 후 다시 사용하여서는 아니 된다.

제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)

① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호 · 간병통합서비스의 제공 · 확대, 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사 · 치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

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.

【법규16】 의료법 시행규칙 별표3

[별표 3] 〈개정 2023.9.22.〉

의료기관의 종류별 시설기준(제34조관련)

시설	종합병원 병원 요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과의원	한의원	조산원
1.~11.	(생략)						
11의2 탕전실	1(관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1(관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1(탕전을 하는 경우에만 갖춘다)			1(탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	
11.~19. 20. 그 밖의 시설	(생략) 가. 탕전실, 의무기록실, 급식시설, 세탁처리시설 및 적출물소각시설은 의료기관이 공동으로 사용할 수 있다. 나. 요양병원은 거동이 불편한 환자가 장기간 입원하는 데에 불편함이 없도록 식당, 휴게실, 욕실, 화장실, 복도 및 계단과 엘리베이터(계단과 엘리베이터는 2층 이상인 건물만 해당하고, 층간 경사로를 갖춘 경우에는 엘리베이터를 갖추지 아니할 수 있다)를 갖추어야 한다. 다. 탕전실은 의료기관에서 분리하여 따로 설치할 수 있다. 라. 종합병원, 병원, 한방병원, 요양병원은 해당 병원에서 사망하는 사람 등의 장사 관련 편의를 위하여 「장사 등에 관한 법률」 제29조에 따른 장례식장을 설치할 수 있다. 이 경우 장례식장의 운영은 법인, 단체 또는 개인 등에게 위탁할 수 있다.						

【법규17】 의료법 시행규칙 별표4

[별표 4] 〈개정 2023.9.22.〉

의료기관의 시설규격(제34조 관련)

2. 중환자실
   가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
   나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
   다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
   라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
   마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 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, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
   사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
   아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
   자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
   차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
   카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

【법규18】 자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

[별표 1] 〈개정 2024. 1. 31.〉

자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 미만이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 이상 2,000시시 미만이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000시시 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승합 자동차	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화물 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수 자동차	배기량이 250시시(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 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
이륜 자동차	배기량이 50시시 미만(최고출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 125시시 이하(최고출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 125시시 초과 260시시 이하(최고출력 11킬로	배기량이 260시시(최고출력 15킬로와트)를 초과하는 것

			와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용 자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합 자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·헌혈·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화물 자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수 자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특수작업형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수작업용인 것
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
   가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 초소형 화물자동차 및 특수용도형인 경형 화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차
      1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
      2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지

하기 위해 칸막이벽을 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 자동차 중 최고출력 기준이 규정되어 있지 않은 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. 최고출력(maximum net power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load) 상태에서 측정된 출력을 말한다.

【법규19】 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 굴착기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계

가. 트럭지게차

나. 도로보수트럭

다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

제3조(책임보험금 등)

① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다.

1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療酬價)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 다

음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다.

1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른 금액의 합산액
3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 2천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다.

【법규20】 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 자를 말한다.

② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다.

[별표 1] <개정 2021. 4. 13>

장애의 종류 및 기준에 따른 장애인(제2조 관련)

1. 지체장애인(肢體障碍人)

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(腦病變障碍人)

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(視覺障碍人)

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(聽覺障碍人)

가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람
나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨 이상인 사람
다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람
라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람

5. 언어장애인(言語障碍人)

음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람

6. 지적장애인(知的障碍人)

정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람

7. 자폐성장애인(自閉性障碍人)

소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체표현·자기조절·사회적응 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

8. 정신장애인(精神障碍人)

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(情動障碍, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 조현병, 조현정동장애(調絃情動障碍) 및 재발성 우울장애
나. 지속적인 치료에도 호전되지 않는 강박장애, 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애, 투렛장애(Tourette's disorder) 및 기면증

9. 신장장애인(腎臟障碍人)

신장의 기능장애로 인하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받아야 하거나 신장기능의 영속적인 장애로 인하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

10. 심장장애인(心臟障碍人)

심장의 기능부전으로 인한 호흡곤란 등의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

11. 호흡기장애인(呼吸器障碍人)

폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적 기능부전으로 인한 호흡기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

12. 간장애인(肝障碍人)

간의 만성적 기능부전과 그에 따른 합병증 등으로 인한 간기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

13. 안면장애인(顔面障碍人)

안면 부위의 변형이나 기형으로 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람

14. 장루·요루장애인(腸瘻·尿瘻障碍人)

배변기능이나 배뇨기능의 장애로 인하여 장루(腸瘻) 또는 요루(尿瘻)를 시술하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람

15. 뇌전증장애인(腦電症障碍人)

뇌전증에 의한 뇌신경세포의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

제2조(장애인의 장애 정도 등)

① 「장애인복지법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애 정도는 별표 1과 같다.

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애 정도의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 해당 기준을 정하기 위하여 장애인에 대한 진단 · 재활 · 치료 · 교육 및 훈련 등에 관한 학식과 경험이 풍부한 전문가 및 관계기관 · 법인 · 단체의 의견을 청취할 수 있으며, 필요한 경우 자문회의를 개최할 수 있다.

[별표 1] 〈개정 2022.9.6.〉

장애인의 장애 정도(제2조 관련)

1. 지체장애인

가. 신체의 일부를 잃은 사람
 1) 장애의 정도가 심한 장애인
  가) 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람
  나) 한 손의 모든 손가락을 잃은 사람
  다) 두 다리를 가로발목뼈관절(Chopart's joint) 이상의 부위에서 잃은 사람
  라) 한 다리를 무릎관절 이상의 부위에서 잃은 사람
 2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
  가) 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람
  나) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락을 잃은 사람
  다) 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락을 모두 잃은 사람
  라) 한 다리를 발목발허리관절(lisfranc joint) 이상의 부위에서 잃은 사람
  마) 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람

나. 관절장애가 있는 사람
 1) 장애의 정도가 심한 장애인
  가) 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
  나) 두 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
  다) 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
  라) 한 손의 모든 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
  마) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 중 2개 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
  바) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
  사) 두 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 중 2개 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
  아) 두 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 모두의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
  자) 한 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 모두의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
 2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
  가) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
  나) 한 손의 엄지손가락의 관절기능에 상당한 장애가 있는 사람
  다) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
  라) 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락, 다섯째손가락 모두의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
  마) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
  바) 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 하나의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
  사) 두 발의 모든 발가락의 관절기능에 현저한 장애가 있는 사람
  아) 한 다리의 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절 모두의 기능에 장애가 있는 사람
  자) 한 다리의 엉덩관절 또는 무릎관절의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
  차) 한 다리의 발목관절의 기능에 현저한 장애가 있는 사람

다. 지체기능장애가 있는 사람
 1) 장애의 정도가 심한 장애인
  가) 두 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
  나) 두 손의 엄지손가락 및 둘째손가락의 기능을 잃은 사람
  다) 한 손의 모든 손가락의 기능을 잃은 사람
  라) 한 팔의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
  마) 한 다리의 기능을 잃은 사람
  바) 두 다리의 기능에 현저한 장애가 있는 사람
  사) 삭제 〈2022.09.06.〉
 2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
  가) 한 팔의 기능에 상당한 장애가 있는 사람

나) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 세 손가락의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
다) 한 손의 엄지손가락의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
라) 한 손의 둘째손가락을 포함하여 두 손가락의 기능을 잃은 사람
마) 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 및 다섯째손가락 모두의 기능을 잃은 사람
바) 두 발의 모든 발가락의 기능을 잃은 사람
사) 한 다리의 기능에 상당한 장애가 있는 사람
아) 삭제 〈2022.09.06.〉

라. 척추장애가 있는 사람
1) 장애의 정도가 심한 장애인
목뼈 또는 등, 허리뼈의 기능을 잃은 사람
2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
목뼈 또는 등, 허리뼈의 기능이 저하된 사람

마. 신체에 변형 등의 장애가 있는 사람(장애의 정도가 심하지 않은 장애인에 해당함)
1) 한 다리가 건강한 다리보다 5센티미터 이상 짧거나 건강한 다리 길이의 15분의 1 이상 짧은 사람
2) 척추옆굽음증(척추측만증)이 있으며, 굽은각도가 40도 이상인 사람
3) 척추뒤굽음증(척추후만증)이 있으며, 굽은각도가 60도 이상인 사람
4) 성장이 멈춘 만 18세 이상의 남성으로서 신장이 145센티미터 이하인 사람
5) 성장이 멈춘 만 16세 이상의 여성으로서 신장이 140센티미터 이하인 사람
6) 연골무형성증으로 왜소증에 대한 증상이 뚜렷한 사람

2. 뇌병변장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인
1) 보행 또는 일상생활동작이 상당히 제한된 사람
2) 보행이 경미하게 제한되고 섬세한 일상생활동작이 현저히 제한된 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
보행 시 절뚝거림을 보이거나 섬세한 일상생활동작이 경미하게 제한된 사람

3. 시각장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인
1) 좋은 눈의 시력(공인된 시력표로 측정한 것을 말하며, 굴절이상이 있는 사람은 최대 교정시력을 기준으로 한다. 이하 같다)이 0.06 이하인 사람
2) 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 5도 이하로 남은 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
1) 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람
2) 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 10도 이하로 남은 사람
3) 두 눈의 시야가 각각 정상시야의 50퍼센트 이상 감소한 사람
4) 나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 사람
5) 두 눈의 중심 시야에서 20도 이내에 겹보임[복시(複視)]이 있는 사람

4. 청각장애인

가. 청력을 잃은 사람
1) 장애의 정도가 심한 장애인
두 귀의 청력을 각각 80데시벨 이상 잃은 사람(귀에 입을 대고 큰소리로 말을 해도 듣지 못하는 사람)
2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
가) 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람
나) 두 귀의 청력을 각각 60데시벨 이상 잃은 사람(40센티미터 이상의 거리에서 발성된 말소리를 듣지 못하는 사람)
다) 한 귀의 청력을 80데시벨 이상 잃고, 다른 귀의 청력을 40데시벨 이상 잃은 사람

나. 평형기능에 장애가 있는 사람
1) 장애의 정도가 심한 장애인
양측 평형기능의 소실로 두 눈을 뜨고 직선으로 10미터 이상을 지속적으로 걸을 수 없는 사람
2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
평형기능의 감소로 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나고, 복합적인 신체운동이 어려운 사람

5. 언어장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인
음성기능이나 언어기능을 잃은 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
음성·언어만으로는 의사소통을 하기 곤란할 정도로 음성기능이나 언어기능에 현저한 장애가 있는 사람

6. 지적장애인(장애의 정도가 심한 장애인에 해당함)

지능지수가 70 이하인 사람으로서 교육을 통한 사회적·직업적 재활이 가능한

사람

7. 자폐성장애인(장애의 정도가 심한 장애인에 해당함)

제10차 국제질병사인분류(International Classification of Diseases, 10th Version)의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 않고, 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적인 도움이 필요한 사람

8. 정신장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인

1) 조현병 또는 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나, 인격변화나 퇴행은 심하지 않은 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적으로 도움이 필요한 사람

2) 양극성 정동장애(情動障碍, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애)에 따른 기분 · 의욕 · 행동 및 사고의 장애증상이 심하지는 않으나, 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적으로 도움이 필요한 사람

3) 재발성 우울장애로 기분 · 의욕 · 행동 등에 대한 우울 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 간헐적으로 도움이 필요한 사람

4) 조현정동장애(調絃情動障碍)로 1)부터 3)까지에 준하는 증상이 있는 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

1) 조현병 또는 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애로 망상, 환청, 사고장애 및 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나, 인격변화나 퇴행은 심하지 않은 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 경미한 도움이 필요한 사람

2) 양극성 정동장애(情動障碍, 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애)에 따른 기분 · 의욕 · 행동 및 사고의 장애증상이 심하지는 않으나, 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 경미한 도움이 필요한 사람

3) 재발성 우울장애로 기분 · 의욕 · 행동 등에 대한 우울 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서 기능 및 능력 장애로 일상생활이나 사회생활에 경미한 도움이 필요한 사람

4) 조현정동장애(調絃情動障碍)로 1)부터 3)까지에 준하는 증상이 있는 사람

5) 지속적인 치료에도 호전되지 않는 강박장애, 투렛장애(Tourette's disorder) 또는 기면증으로 기분 · 의욕 · 행동 및 사고의 장애증상이 심한 경우로서 일상생활이나 사회생활에 수시로 도움이 필요한 사람

9. 신장장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인

만성신부전증으로 3개월 이상 혈액투석이나 복막투석을 받고 있는 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

신장을 이식받은 사람

10. 심장장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인

심장기능의 장애가 지속되며, 가정에서 가벼운 활동은 할 수 있지만 그 이상의 활동을 하면 심부전증상이나 협심증증상 등이 나타나 정상적인 사회활동을 하기 어려운 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

심장을 이식받은 사람

11. 호흡기장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인

1) 만성호흡기 질환으로 기관절개관을 유지하고 24시간 인공호흡기로 생활하는 사람

2) 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능장애로 평지에서 보행해도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제날숨량) 또는 폐확산능(폐로 유입된 공기가 혈액내로 녹아드는 정도)이 정상예측치의 40퍼센트 이하이거나 안정시 자연호흡상태에서의 동맥혈 산소분압이 65밀리미터 수은주(mmHg) 이하인 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인

1) 폐를 이식받은 사람

2) 늑막루가 있는 사람

12. 간장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인

1) 간경변증, 간세포암종 등 만성 간질환을 가진 것으로 진단받은 사람 중 잔여 간기능이 만성 간질환 평가척도(Child-Pugh score) 평가상 C등급인 사람
2) 간경변증, 간세포암종 등 만성 간질환을 가진 것으로 진단받은 사람 중 잔여 간기능이 만성 간질환 평가척도(Child-Pugh score) 평가상 B등급이면서 난치성 복수(腹水)가 있거나 간성뇌증 등의 합병증이 있는 사람

나) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
간을 이식받은 사람

13. 안면장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인
1) 노출된 안면부의 75퍼센트 이상이 변형된 사람
2) 노출된 안면부의 50퍼센트 이상이 변형되고 코 형태의 3분의 2 이상이 없어진 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
1) 코 형태의 3분의 1 이상이 없어진 사람
2) 노출된 안면부의 45퍼센트 이상에 백반증(白斑症)이 있는 사람
3) 노출된 안면부의 30퍼센트 이상이 변형된 사람

14. 장루 · 요루장애인

가. 장애의 정도가 심한 장애인
1) 배변을 위한 말단 공장루를 가지고 있는 사람
2) 장루와 함께 요루 또는 방광루를 가지고 있는 사람
3) 장루 또는 요루를 가지고 있으며, 합병증으로 장피누공 또는 배뇨기능장애가 있는 사람

나. 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
1) 장루 또는 요루를 가진 사람
2) 방광루를 가진 사람

15. 뇌전증장애인

가. 성인 뇌전증
1) 장애의 정도가 심한 장애인
만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 연 6회 이상의 발작(중증 발작은 월 5회 이상을 연 1회, 경증 발작은 월 10회 이상을 연 1회로 본다)이 있고, 발작으로 인한 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역질, 인지기능의 장애 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에서 보호와 관리가 수시로 필요한 사람
2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 연 3회 이상의 발작(중증 발작은 월 1회 이상을 연 1회, 경증 발작은 월 2회 이상을 연 1회로 본다)이 있고, 이에 따라 협조적인 대인관계가 곤란한 사람

나. 소아청소년 뇌전증
1) 장애의 정도가 심한 장애인
전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대(筋間代) 발작, 부분발작 등으로 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에서 보호와 관리가 수시로 필요한 사람
2) 장애의 정도가 심하지 않은 장애인
전신발작, 뇌전증성 뇌병증, 근간대(筋間代) 발작, 부분발작 등으로 일상생활 및 사회생활에서 보호와 관리가 필요한 사람

16. 중복된 장애의 합산 판정

두 개 이상의 장애를 가진 장애인은 보건복지부장관이 고시하는 바에 따라 장애의 정도가 심한 장애인으로 볼 수 있다. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그렇지 않다.

가. 지체장애와 뇌병변장애가 같은 부위에 중복된 경우
나. 지적장애와 자폐성장애가 중복된 경우
다. 그 밖에 중복장애로 합산하여 판정하는 것이 타당하지 않다고 보건복지부장관이 정하는 경우

17. 장애 정도 구분의 하한 기준

제 1호부터 제 15호까지의 장애유형별 장애 정도의 기준은 각각 '심한 장애'와 '심하지 않은 장애'의 하한 기준으로 한다.

【법규22】 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.

【법규23】 지역보건법

제10조(보건소의 설치)

① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 1개소의 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다. 다만, 시·군·구의 인구가 30만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건의료를 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다

② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제12조(보건의료원)

보건소 중 「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제13조(보건지소의 설치)

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

【법규24】 폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제2조(폭행 등)

① 삭제 〈2016.1.6.〉

② 2명 이상이 공동하여 다음 각 호의 죄를 범한 사람은 「형법」 각 해당 조항에서 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

1. 「형법」 제260조제1항(폭행), 제283조제1항(협박), 제319조(주거침입, 퇴거불응) 또는 제366조(재물손괴 등)의 죄
2. 「형법」 제260조제2항(존속폭행), 제276조제1항(체포, 감금), 제283조제2항(존속협박) 또는 제324조제1항(강요)의 죄
3. 「형법」 제257조제1항(상해)·제2항(존속상해), 제276조제2항(존속체포, 존속감금) 또는 제350조(공갈)의 죄

③ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 제2항 각 호에 규정된 죄를 범하여 누범(累犯)으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 제2항제1호에 규정된 죄를 범한 사람: 7년 이하의 징역
2. 제2항제2호에 규정된 죄를 범한 사람: 1년 이상 12년 이하의 징역
3. 제2항제3호에 규정된 죄를 범한 사람: 2년 이상 20년 이하의 징역

④ 제2항과 제3항의 경우에는 「형법」 제260조제3항 및 제283조제3항을 적용하지 아니한다.

제3조(집단적 폭행 등)

① 삭제 〈2016.1.6.〉

② 삭제 〈2006.3.24.〉

③ 삭제 〈2016.1.6.〉

④ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 다음 각 호의 죄를 범하여 누범으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 「형법」 제261조(특수폭행)(제260조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제284조(특수협박)(제283조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제320조(특수주거침입) 또는 제369조제1항(특수손괴)의 죄: 1년 이상 12년 이하의 징역
2. 「형법」 제261조(특수폭행)(제260조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제278조(특수체포, 특수감금)(제276조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제284조(특수협박)(제283조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제324조제2항(강요)의 죄: 2년 이상 20년 이하의 징역
3. 「형법」 제258조의2제1항(특수상해), 제278조(특수체포, 특수감금)(제276조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제350조의2(특수공갈)의 죄: 3년 이상 25년 이하의 징역

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.

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)

삭제 〈2023. 8. 8.〉

제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인등)

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 병과 할 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.

제258조의2(특수상해)

① 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제257조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제258조의 죄를 범한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.
③ 제1항의 미수범은 처벌한다.

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.

제30장 협박의 죄

제284조(특수협박)

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 전조제1항, 제2항의 죄를 범한 때에는 7년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제285조(상습범)

상습으로 제283조제1항, 제2항 또는 전조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제32장 강간과 추행의 죄

제297조(강간)

폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제297조의2(유사강간)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

제298조(강제추행)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.

제299조(준강간, 준강제추행)

사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다.

제300조(미수범)

제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다.

제301조(강간등 상해·치상)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제301조의2(강간등 살인·치사)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제302조(미성년자등에 대한 간음)

미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제303조(업무상위력등에 의한 간음)

① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)

① 13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.

② 13세 이상 16세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 19세 이상의 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.

제305조의2(상습범)

상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제305조의3(예비, 음모)

제297조, 제297조의2, 제299조(준강간죄에 한정한다), 제301조(강간 등 상해죄에 한정한다) 및 제305조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 사람은 3년 이하의 징역에 처한다.

제38장 절도와 강도의 죄

제339조(강도강간)

강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제42장 손괴의 죄

제369조(특수손괴)

① 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제366조의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
② 제1항의 방법으로 제367조의 죄를 범한 때에는 1년 이상의 유기징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

【법규26】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "손해보험회사"란 「보험업법」 제4조에 따른 화재보험업의 허가를 받은 자를 말한다.
2. "특약부화재보험"이란 화재로 인한 건물의 손해와 제4조제1항에 따른 손해배상책임을 담보하는 보험을 말한다.
3. "특수건물"이란 국유건물 · 공유건물 · 교육시설 · 백화점 · 시장 · 의료시설 · 흥행장 · 숙박업소 · 다중이용업소 · 운수시설 · 공장 · 공동주택과 그 밖에 여러 사람이 출입 또는 근무하거나 거주하는 건물로서 화재의 위험이나 건물의 면적 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 건물을 말한다.

제4조(특수건물 소유자의 손해배상책임)

① 특수건물의 소유자는 그 특수건물의 화재로 인하여 다른 사람이 사망하거나 부상을 입었을 때 또는 다른 사람의 재물에 손해가 발생한 때에는 과실이 없는 경우에도 제8조제1항제2호에 따른 보험금액의 범위에서 그 손해를 배상할 책임이 있다. 이 경우 「실화책임에 관한 법률」에도 불구하고 특수건물의 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 제1항제1호에 따른 시가의 결정에 관한 기준은 총리령으로 정한다.

【법규27】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령

제2조(특수건물)

① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제3호에서 "대통령령으로 정하는 건물"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 건물을 말한다.

1. 「국유재산법」 제5조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 대통령 관저(官邸)와 특수용도로 사용하는 건물로서 금융위원회가 지정하는 건물을 제외한다.

1의2. 「공유재산 및 물품 관리법」 제4조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 「한국지방재정공제회법」에 따른 한국지방재정공제회(이하 "한국지방재정공제회"라 한다) 또는 「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 소유의 건물은 제외한다.

2. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학원으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

3. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

4. 「관광진흥법」 제3조제1항제2호에 따른 관광숙박업으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

5. 「공중위생관리법」 제2조제1항제2호에 따른 숙박업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

6. 「공연법」 제2조제4호에 따른 공연장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

7. 「방송법」 제2조제2호에 따른 방송사업을 목적으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

8. 「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

9. 「농수산물유통 및 가격안정에 관한 법률」 제2조제2호 및 제6호에 따른 농수산물도매시장 및 민영농수산물도매시장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.

10. 다음 각 목의 영업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

가. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제6호에 따른 게임제공업
나. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제7호에 따른 인터넷컴퓨터게임시설제공업
다. 「음악산업진흥에 관한 법률」 제2조제13호에 따른 노래연습장업
라. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호가목에 따른 휴게음식점영업
마. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호나목에 따른 일반음식점영업
바. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호다목에 따른 단란주점영업
사. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호라목에 따른 유흥주점영업
아. 「식품위생법 시행령」 제21조제9호에 따른 공유주방 운영업

11. 「초·중등교육법」 제2조 및 「고등교육법」 제2조에 따른 학교로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 건물을 제외한다.

12. 「주택법 시행령」 제3조제1항에 따른 공동주택으로서 16층 이상의 아파트 및 부속건물. 이 경우 「공동주택관리법」 제2조제1항제10호에 따른 관리주체에 의하여 관리되는 동일한 아파트단지 안에 있는 15층 이하의 아파트를 포함한다.

13. 「산업집적활성화 및 공장설립에 관한 법률」 제16조제1항에 따라 등록된 공장으로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

14. 층수가 11층 이상인 건물. 다만, 아파트(제12호에 따른 아파트는 제외한다)·창고 및 모든 층을 주차용도로 사용하는 건물과 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.

15. 「공중위생관리법」 제2조제1항제3호에 따른 목욕장업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

16. 「영화 및 비디오물의 진흥에 관한 법률」 제2조제10호에 따른 영화상영관으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

17. 「도시철도법」 제2조제3호가목에 따른 도시철도의 역사(驛舍) 및 역 시설로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 역사 및 역 시설. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 역사 및 역 시설은 제외한다.

18. 「사격 및 사격장 안전관리에 관한 법률」 제5조에 따른 실내사격장으로 사용하는 건물

② 제1항제12호 및 제14호에 따른 건물의 층수 계산방법은 「건축법 시행령」 제119조제1항제9호에 따르되, 건축물의 옥상부분으로서 그 용도가 명백한 계단실 또는 물탱크실인 경우에는 층수로 산입하지 아니하며, 지하층은 이를 층으로 보지 아니한다.

제5조(보험금액)

① 법 제8조제1항제2호에 따라 특수건물의 소유자가 가입하여야 하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 기준을 충족하여야 한다.

1. 사망의 경우: 피해자 1명마다 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상의 경우: 피해자 1명마다 별표 1에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체에 생긴 장애(이하 "후유장애"라 한다)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

[별표 1] <개정 2021. 1. 5.>
부상등급 및 보험금액(제5조제1항제2호 관련)

등급	보험금액	부상 내용
1급	3천만원	1. 엉덩관절의 골절 또는 골절성 탈구 2. 척추체 분쇄성 골절 3. 척추체 골절 또는 탈구로 인한 각종 신경증상으로 수술을 시행한 부상 4. 외상성 머리뼈안 출혈로 머리뼈 절개수술을 시행한 부상 5. 머리뼈의 함몰골절로 신경학적 증상이 심한 부상 또는 경막밑 수종, 수활액 낭종, 거미막밑 출혈 등으로 머리뼈 절개수술을 시행한 부상 6. 고도의 뇌타박상(소량의 출혈이 뇌 전체에 퍼져 있는 손상을 포함한다)으로 생명이 위독한 부상(48시간 이상 혼수상태가 지속되는 경우만 해당한다) 7. 넓적다리뼈 몸통의 분쇄성 골절 8. 정강이뼈 아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 9. 화상 · 좌창 · 괴사상처 등으로 연부조직의 손상이 심한 부상(몸 표면의 9퍼센트 이상의 부상을 말한다) 10. 팔다리와 몸통의 연부조직에 손상이 심하여 유경식피술(피부의 혈행을 보존한 채로 이식하는 수술을 말한다)을 시행한 부상 11. 위팔뼈목 골절과 몸통 분쇄 골절이 중복된 경우 또는 위팔뼈 삼각골절 12. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 부상
2급	1,500만원	1. 위팔뼈 분쇄성 골절 2. 척추체의 압박골절이 있으나 각종 신경증상이 없는 부상 또는 목뼈 탈구(불완전탈구를 포함한다), 골절 등으로 목뼈고정기(할로베스트) 등 고정술을 시행한 부상 3. 머리뼈 골절로 신경학적 증상이 현저한 부상(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) 4. 내부장기 파열과 골반뼈 골절이 동반된 부상 또는 골반뼈 골절

		과 요도 파열이 동반된 부상 5. 무릎관절 탈구 6. 발목관절 부위 골절과 골절성 탈구가 동반된 부상 7. 자뼈 몸통 골절과 노뼈 뼈머리 탈구가 동반된 부상 8. 엉치엉덩관절 탈구 9. 무릎관절 전·후십자인대 및 내측부인대 파열과 내외측 반달모양 물렁뼈가 전부 파열된 부상 10. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 부상
3급	1,200 만원	1. 위팔뼈목 골절 2. 위팔뼈 관절융기 골절과 팔꿈치관절 탈구가 동반된 부상 3. 노뼈와 자뼈의 몸통 골절이 동반된 부상 4. 손목 손배뼈 골절 5. 노뼈 신경손상을 동반한 위팔뼈 몸통 골절 6. 넓적다리뼈 몸통 골절(소아의 경우에는 수술을 시행한 경우만 해당하며, 그 외의 사람의 경우에는 수술의 시행 여부를 불문한다) 7. 무릎골(슬개골을 말한다. 이하 같다) 분쇄 골절과 탈구로 인하여 무릎골 완전 적출술을 시행한 부상 8. 정강이뼈 관절융기 골절로 인하여 관절면이 손상되는 부상[정강이뼈 융기사이결절 골절로 개방정복(피부와 근육 절개 후 골절된 뼈를 바로잡는 시술을 말한다. 이하 같다)을 시행한 경우를 포함한다] 9. 발목뼈 척골 간 관절 탈구와 골절이 동반된 부상 또는 발목발허리(Lisfranc: 발등뼈와 발목을 이어주는 관절을 말한다. 이하 같다)의 골절 및 탈구 10. 전·후십자인대 또는 내외측 반달모양 물렁뼈 파열과 정강이뼈 융기사이결절 골절 등이 복합된 속무릎장애(슬내장) 11. 복부 내장 파열로 수술이 불가피한 부상 또는 복강 내 출혈로 수술한 부상 12. 뇌손상으로 뇌신경 마비를 동반한 부상 13. 중증도의 뇌타박상(소량의 출혈이 뇌 전체에 퍼져 있는 손상을 포함한다)으로 신경학적 증상이 심한 부상(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) 14. 개방성 공막 찢김상처(열창)로 양쪽 안구가 파열되어 두 눈 적출술을 시행한 부상

		15. 목뼈고리(목뼈의 추골 뒷부분인 추궁을 말한다)의 선상 골절 16. 항문 파열로 인공항문 조성술 또는 요도 파열로 요도성형술을 시행한 부상 17. 넓적다리뼈 관절융기 분쇄 골절로 인하여 관절면이 손상되는 부상 18. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 부상
4급	1천 만원	1. 넓적다리뼈 관절융기(먼쪽부위, 과상부 및 대퇴과간을 포함한다) 골절 2. 정강이뼈 몸통 골절, 관절면 침범이 없는 정강이뼈 관절융기 골절 3. 목말뼈목 골절 4. 슬개 인대 파열 5. 어깨관절 부위의 돌림근띠(회전근개라고도 하며, 어깨관절을 감싸면서 어깨관절을 돌리는 네 근육을 말한다) 골절 6. 위팔뼈 가쪽위관절융기가 어긋나는 골절 7. 팔꿈치관절 부위 골절과 탈구가 동반된 부상 8. 화상, 좌창, 괴사상처 등으로 연부조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 부상 9. 안구 파열로 적출술이 불가피한 부상 또는 개방성 공막 찢김상처로 안구 적출술, 각막 이식술을 시행한 부상 10. 넓적다리 네갈래근, 두갈래근 파열로 개방정복을 시행한 부상 11. 무릎관절부위의 내외측부 인대, 전·후십자인대, 내외측 반달모양 물렁뼈 완전 파열(부분 파열로 수술을 시행한 경우를 포함한다) 12. 개방정복을 시행한 소아의 정강이뼈·종아리뼈 아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 13. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 부상
5급	900 만원	1. 골반뼈의 중복 골절(말게뉴 골절 등을 포함한다) 2. 발목관절부위의 안쪽·바깥쪽 복사 골절이 동반된 부상 3. 발뒤꿈치뼈 골절 4. 위팔뼈 몸통 골절 5. 노뼈 먼쪽부위[콜리스골절(팔목 바로 위 노뼈가 부러져 손바닥이 등쪽이나 바깥쪽으로 돌아간 상태를 말한다), 스미스골절(콜리스골절의 반대로서 팔목 바로 위 노뼈가 부러져 뼛조각이 손바닥쪽으로 어긋난 상태를 말한다), 손목 관절면, 노뼈

		먼쪽 뼈끝 골절을 포함한다] 골절 6. 자뼈 몸쪽부위 골절 7. 다발성 갈비뼈 골절로 혈액가슴증, 공기가슴증이 동반된 부상 또는 단순 갈비뼈 골절과 혈액가슴증, 공기가슴증이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 부상 8. 발등 근육힘줄 파열창 9. 손바닥 근육힘줄 파열창[위팔의 깊게 찢긴 상처(심부 열창)로 인한 삼각근, 이두근 근육힘줄 파열을 포함한다] 10. 아킬레스힘줄 파열 11. 소아의 위팔뼈 몸통 골절(분쇄 골절을 포함한다)로 수술한 부상 12. 결막, 공막, 망막 등의 자체 파열로 봉합술을 시행한 부상 13. 목말뼈 골절(목부위는 제외한다) 14. 개방정복을 시행하지 않은 소아의 정강이뼈 · 종아리뼈 아래의 3분의 1 이상의 분쇄 골절 15. 개방정복을 시행한 소아의 정강이뼈 분쇄 골절 16. 23개 이상의 치아에 보철이 필요한 부상 17. 그 밖에 5급에 해당된다고 인정되는 부상
6급	700 만원	1. 소아의 다리 장관골 골절(분쇄 골절 또는 성장판 손상을 포함한다) 2. 넓적다리뼈 대전자부 절편 골절 3. 넓적다리뼈 소전자부 절편 골절 4. 다발성 발바닥뼈(중족골을 말한다. 이하 같다) 골절 5. 두덩뼈 · 궁둥뼈 · 엉덩뼈 · 엉치뼈의 단일 골절 또는 꼬리뼈 골절로 수술한 부상 6. 두덩뼈 상 · 하지 골절 또는 양측 두덩뼈 골절 7. 단순 손목뼈 골절 8. 노뼈 몸통 골절(먼쪽부위 골절은 제외한다) 9. 자뼈 몸통 골절(몸쪽부위 골절은 제외한다) 10. 자뼈 팔꿈치 머리 부위 골절 11. 다발성 손바닥뼈 골절 12. 머리뼈 골절로 신경학적 증상이 경미한 부상 13. 외상성 경막밑 수종, 수활액 낭종, 거미막밑 출혈 등으로 수술하지 않은 부상[천공술(원형절제술)을 시행한 경우를 포함한다] 14. 갈비뼈 골절이 없이 혈액가슴증 또는 공기가슴증이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 부상

		15. 위팔뼈 대결절 견연 골절로 수술을 시행한 부상 16. 넓적다리뼈 또는 넓적다리뼈 관절융기 찢김 골절 17. 19개 이상 22개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상 18. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 부상
7급	500 만원	1. 소아의 팔 장관골 골절 2. 발목관절 안쪽 복사뼈 또는 바깥쪽 복사뼈 골절 3. 위팔뼈 위관절융기 굽힘골절 4. 엉덩관절 탈구 5. 어깨 관절 탈구 6. 봉우리빗장관절 탈구, 관절낭 또는 봉우리빗장 인대 파열 7. 발목관절 탈구 8. 천장관절 분리 또는 두덩뼈 결합부 분리 9. 다발성 얼굴 머리뼈 골절 또는 신경손상과 동반된 얼굴 머리뼈 골절 10. 16개 이상 18개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상 11. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 부상
8급	300 만원	1. 위팔뼈 결절부위 폄골절 또는 위팔뼈 대결절 찢김 골절로 수술하지 않은 부상 2. 쇄골(빗장뼈를 말한다. 이하 같다) 골절 3. 팔꿈치관절 탈구 4. 어깨뼈(어깨뼈가시 또는 체부, 흉곽 내 탈구, 어깨뼈목, 복사, 견봉돌기 및 어깨뼈부리돌기를 포함한다) 골절 5. 봉우리빗장 인대 또는 오구쇄골 인대 완전 파열 6. 팔꿈치관절 안 위팔뼈 작은 머리 골절 7. 종아리뼈 골절, 종아리뼈 몸쪽부위 골절(신경손상 또는 관절면 손상을 포함한다) 8. 발가락뼈의 골절과 탈구가 동반된 부상 9. 다발성 갈비뼈 골절 10. 뇌 타박상(소량의 출혈이 뇌 전체에 퍼져 있는 손상을 포함한다)으로 신경학적 증상이 경미한 부상 11. 얼굴부위 찢김상처, 두개부 타박 등에 의한 뇌손상이 없는 뇌신경손상 12. 위턱뼈, 아래턱뼈, 이틀뼈, 얼굴 머리뼈 골절 13. 안구 적출술 없이 시신경의 손상으로 실명된 부상 14. 족부 인대 파열(부분 파열은 제외한다)

		15. 13개 이상 15개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상 16. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 부상
9급	240 만원	1. 척추골의 가시돌기, 가로돌기 골절 또는 하관절 돌기 골절(다발성 골절을 포함한다) 2. 노뼈 뼈머리 골절 3. 손목관절 내 반달뼈(월상골) 앞쪽 이탈 등 손목뼈 탈구 4. 손가락뼈의 골절과 탈구가 동반된 부상 5. 손바닥뼈 골절 6. 손목 골절(손배뼈는 제외한다) 7. 발목뼈 골절(목말뼈 · 발꿈치뼈는 제외한다) 8. 발바닥뼈 골절 9. 발목관절부위 삠, 정강이뼈 · 종아리뼈 분리, 족부 인대 또는 아킬레스힘줄의 부분 파열 10. 갈비뼈, 복장뼈(흉골), 갈비연골(늑연골) 골절 또는 단순 갈비뼈 골절과 혈액가슴증, 공기가슴증이 동반되어 수술을 시행하지 않은 경우 11. 척추체간 관절부위가 삐어 그 부근의 연부조직(인대, 근육 등을 포함한다) 손상이 동반된 부상 12. 척수 손상으로 마비증상이 없고 수술을 시행하지 않은 경우 13. 손목관절 탈구(노뼈, 손목뼈 관절 탈구, 손목뼈사이 관절 탈구 및 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다) 14. 꼬리뼈 골절로 수술하지 않은 부상 15. 무릎관절부위 인대의 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 경우 16. 11개 이상 12개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상 17. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 부상
10 급	200 만원	1. 외상성 무릎관절 안 혈종(활액막염을 포함한다) 2. 손허리손가락관절 탈구 3. 손목뼈, 손바닥뼈 간 관절 탈구 4. 팔부위 각 관절부(어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다) 삠 5. 자뼈 · 노뼈 붓돌기 골절, 제불완전골절(코뼈 골절, 손가락뼈 골절 및 발가락뼈 골절은 제외한다) 6. 손가락 폄근힘줄 파열 7. 9개 이상 10개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상

		8. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 부상
11 급	160 만원	1. 발가락뼈 관절 탈구 및 삠 2. 손가락 골절 · 탈구 및 삠 3. 코뼈 골절 4. 손가락뼈 골절 5. 발가락뼈 골절 6. 뇌진탕 7. 고막 파열 8. 6개 이상 8개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상 9. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 부상
12 급	120 만원	1. 8일 이상 14일 이하의 입원이 필요한 부상 2. 15일 이상 26일 이하의 통원 치료가 필요한 부상 3. 4개 이상 5개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상
13 급	80 만원	1. 4일 이상 7일 이하의 입원이 필요한 부상 2. 8일 이상 14일 이하의 통원 치료가 필요한 부상 3. 2개 이상 3개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상
14 급	50 만원	1. 3일 이하의 입원이 필요한 부상 2. 7일 이하의 통원 치료가 필요한 부상 3. 1개 이하의 치아에 보철이 필요한 부상

비고

1. 2급부터 11급까지의 부상 내용 중 개방성 골절은 해당 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다.
2. 2급부터 11급까지의 부상 내용 중 단순성 선상 골절로 인하여 골편의 뼈가 어긋난 경우가 아닌 골절은 해당 등급보다 한 등급 낮은 금액으로 배상한다.
3. 2급부터 11급까지의 부상 중 2가지 이상의 부상이 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 부상으로부터 하위 3등급(예: 부상 내용이 주로 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 부상이 중복된 경우에만 가장 높은 부상 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다.
4. 일반 외상과 치아 보철이 필요한 부상이 중복된 경우 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 부상 등급별로 해당하는 금액의 합산액을 배상한다.

【법규28】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙

제2조(손해액)

① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제5조제1항제1호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 사망한 때의 월급액이나 월실수입액(月實收入額) 또는 평균임금에 장래의 취업가능 기간을 곱한 금액
2. 남자 평균임금의 100일분에 해당하는 장례비

② 영 제5조제1항제2호에 따른 손해액은 화재로 인하여 신체에 부상을 입은 경우에 그 부상을 치료하는 데에 드는 모든 비용으로 한다.

③ 영 제5조제1항제3호에 따른 손해액은 그 장애로 인한 노동력 상실 정도에 따라 피해를 입은 당시의 월급액이나 월실수입액 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱한 금액으로 한다.

④ 영 제5조제1항제4호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.

1. 화재로 인하여 피해를 입은 당시의 그 물건의 교환가액 또는 필요한 수리를 하거나 이를 대신할 수리비
2. 제1호의 수리로 인하여 수입에 손실이 있는 경우에는 수리기간 중 그 손실액

【법규29】 한의약육성법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "한의약"이란 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료행위(이하 "한방의료"라 한다) 및 한약사(韓藥事)를 말한다.
2. "한약사"란 한약의 생산[한약재(韓藥材) 재배를 포함한다]·가공·제조·조제·수입·판매·감정·보관 또는 그 밖에 한약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
3. "한의약기술"이란 한의약을 포함하여 한약제제(한약제제, 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.

【법규30】 약사법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1.~4. (생략)

5. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
6. "한약제제(韓藥製劑)"란 한약을 한방원리에 따라 배합하여 제조한 의약품을 말한다.

(이하 생략)

【법규31】 다중이용업소의 안전관리에 관한 특별법

제2조(정의)

1. “다중이용업”이란 불특정 다수인이 이용하는 영업 중 화재 등 재난 발생 시 생명·신체·재산상의 피해가 발생할 우려가 높은 것으로서 대통령령으로 정하는 영업을 말한다.

제7조(관련 행정기관의 통보사항)

② 허가관청은 다중이용업주가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때에는 그 신고를 수리(受理)한 날부터 30일 이내에 소방본부장 또는 소방서장에게 통보하여야 한다.

1. 휴업·폐업 또는 휴업 후 영업의 재개(再開)
2. 영업 내용의 변경
3. 다중이용업주의 변경 또는 다중이용업주 주소의 변경
4. 다중이용업소 상호 또는 주소의 변경

【법규32】 소비자기본법

제70조(단체소송의 대상등)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다.

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록한 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것
   나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것
   다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것
2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원
3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국 단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체
4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것
   나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동실적이 있을 것
   다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
   라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

【법규33】 공직선거법

제222조(선거소송)

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 선거의 효력에 관하여 이의가 있는 선거인·정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 선거일부터 30일 이내에 당해 선거구선거관리위원회위원장을 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.

② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 선거의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인(當選人을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 해당 선거구선거관리위원회 위원장을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을 피고로 한다.

제223조(당선소송)

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 당선의 효력에 이의가 있는 정당(候補者를 추천한 政黨에 한한다) 또는 후보자는 당선인결정일부터 30일이내에 제52조제1항·제3항 또는 제192조제1항부터 제3항까지의 사유에 해당함을 이유로 하는 때에는 당선인을, 제187조(大統領當選人의 決定·公告·통지)제1항·제2항, 제188조(地域區國會議員當選人의 決定·公告·통지)제1항 내지 제4항, 제189조(比例代表國會議員議席의 배분과 當選人의 決定·公告·통지) 또는 제194조(당선인의 재결정과 비례대표국회의원의석 및 비례대표지방의회의원의석의 재배분)제4항의 규정에 의한 결정의 위법을 이유로 하는 때에는 대통령선거에 있어서는 그 당선인을 결정한 중앙선거관리위원회위원장 또는 국회의장을, 국회의원선거에 있어서는 당해 선거구선거관리위원회위원장을 각각 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.

② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 당선의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인 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 하

는 때에는 관할선거구선거관리위원회 위원장을 말한다)을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을, 국회의장이 궐위된 때에는 부의장중 1인을 피고로 한다.

④ 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 피고로 될 당선인이 사퇴·사망하거나 제192조제2항의 규정에 의하여 당선의 효력이 상실되거나 같은조제3항의 규정에 의하여 당선이 무효로 된 때에는 대통령선거에 있어서는 법무부장관을, 국회의원선거·지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서는 관할고등검찰청검사장을 피고로 한다.

【법규34】 산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장해의 측정)

① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다.

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.

1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

【법규35】 보험업감독규정

제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)

영 제6조의2제3항제18호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

1. 제7-49조제2호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자
2. 기업성 보험계약을 체결하고자 하는 자
3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자
4. 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관
5. 「지방공기업법」에 따른 지방공기업
6. 특별법에 따라 설립된 기관
7. 제7-49조제2호가목1)에 해당하는 단체

【법규36】 보험업법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1~18. (생략)

19. "전문보험계약자"란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.
    가. 국가
    나. 한국은행
    다. 대통령령으로 정하는 금융기관
    라. 주권상장법인
    마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자
20. "일반보험계약자"란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.

제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)

① 법 제2조제19호 각 목 외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체
2. 주권상장법인
3. 제2항제15호에 해당하는 자
4. 제3항제15호, 제16호 및 제18호에 해당하는 자

② 법 제2조제19호다목에서 "대통령령으로 정하는 금융기관"이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.

1. 보험회사
2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회
4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회
5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회
6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회
7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회
8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회
9. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사
10. 「은행법」에 따른 은행
11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제22조에 따른 겸영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사
12. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
13. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
14. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
15. 제1호부터 제14호까지의 기관에 준하는 외국금융기관

③ 법 제2조제19호마목에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체
2. 법 제83조에 따라 모집을 할 수 있는 자
3. 법 제175조에 따른 보험협회(이하 "보험협회"라 한다), 법 제176조에 따른 보험요율 산출기관(이하 "보험요율 산출기관"이라 한다) 및 법 제178조에 따른 보험 관계 단체
4. 「한국자산관리공사 설립 등에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사
5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다)
6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사
7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제373조의2에 따라 허가를 받은 거래소(이하 "거래소"라 한다)
8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사
11. 삭제<2014. 12. 30.>
12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
15. 법률에 따라 설립된 기금(제12호와 제13호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·운용하는 법인
16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
    가. 외국 정부
    나. 조약에 따라 설립된 국제기구
    다. 외국 중앙은행
    라. 제1호부터 제15호까지 및 제18호의 자에 준하는 외국인
18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

【법규38】 어린이놀이시설 안전관리법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "어린이놀이기구"란 어린이가 놀이를 위하여 사용할 수 있도록 제조된 그네, 미끄럼틀, 공중놀이기구, 회전놀이기구 등으로서 「어린이제품 안전 특별법」 제2조제9호에 따른 안전인증대상어린이제품을 말한다.
2. "어린이놀이시설"이라 함은 어린이놀이기구가 설치된 실내 또는 실외의 놀이터로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
5. "관리주체"라 함은 어린이놀이시설의 소유자로서 관리책임이 있는 자, 다른 법령에 의하여 어린이놀이시설의 관리자로 규정된 자 또는 그 밖에 계약에 의하여 어린이놀이시설의 관리책임을 진 자를 말한다.
8. "안전진단"이라 함은 제4조의 안전검사기관이 어린이놀이시설에 대하여 조사·측정·안전성 평가 등을 하여 해당 어린이놀이시설의 물리적·기능적 결함을 발견하고 그에 대한 신속하고 적절한 조치를 하기 위하여 수리·개선 등의 방법을 제시하는 행위를 말한다.

제4조(안전검사기관의 지정 등)

① 행정안전부장관은 어린이놀이시설의 안전성을 확보하기 위하여 설치검사·정기시설검사 또는 안전진단을 행하는 기관(이하 “안전검사기관”이라 한다)을 지정할 수 있다.

② 제1항에 따라 안전검사기관으로 지정을 받고자 하는 법인 또는 단체(지방자치단체를 포함한다)는 검사장비 및 검사인력 등 대통령령이 정하는 지정요건을 갖추어 행정안전부장관에게 신청하여야 한다.

③ 행정안전부장관은 제2항에 따른 지정 신청이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 안전검사기관으로 지정하여야 한다.

1. 영리를 목적으로 하는 법인 또는 단체인 경우
2. 관리주체가 법인 또는 단체이거나 관리주체를 구성원으로 하는 법인 또는 단체인 경우
3. 어린이놀이기구의 제조업자, 설치업자 또는 유통업자를 구성원으로 하는 법인 또는 단체인 경우

3의2. 안전점검 또는 유지관리를 업무로 하는 법인 또는 단체인 경우(그 소속 임직원이 안전점검 또는 유지관리 업무를 하는 경우를 포함한다)

4. 제2항에 따른 지정요건을 갖추지 못한 경우
5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령에 따른 제한에 위반되는 경우

④ 행정안전부장관은 제1항의 규정에 따라 지정을 받은 안전검사기관에 설치검사업무 등의 수행에 필요한 지원을 할 수 있다.

⑤ 제1항 및 제2항의 규정에 따른 안전검사기관의 지정방법·절차 등에 관하여 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다.

【법규39】 어린이놀이시설 안전관리법 시행령 별표2

어린이놀이기구가 다음 각 호의 어느 하나의 장소에 설치된 경우 해당 놀이시설

1. 「공중위생관리법」 제2조제1항제3호에 따른 목욕장업을 하는 자의 영업소
2. 「도로법」 제2조제2호가목에 따른 휴게시설
3. 「도시공원 및 녹지 등에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 도시공원
4. 「식품위생법」 제36조제1항제3호에 따른 식품접객업을 하는 자의 영업소
5. 「아동복지법」 제3조제10호에 따른 아동복지시설
6. 「영유아보육법」 제2조제3호에 따른 어린이집 및 같은 법 제7조에 따른 육아종합지원센터
7. 「유아교육법」 제2조제2호에 따른 유치원 및 같은 법 제6조에 따른 유아교육진흥원
8. 「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포
9. 「의료법」 제3조제1항에 따른 의료기관
10. 「주택법」 제2조제12호에 따른 주택단지
11. 「초·중등교육법」 제2조제1호에 따른 초등학교 및 같은 조 제4호에 따른 특수학교
12. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학원
13. 어린이에게 놀이를 제공하는 것을 업으로 하는 자의 영업소
14. 「건축법」 제2조제2항제6호에 따른 종교시설
15. 「건축법」 제11조에 따른 건축허가를 받아 주택과 주택 외의 시설을 동일 건축물로 건축한 건축물(해당 건축물 중 주택이 차지하는 세대 수가 100세대 이상인 건축물에 한정한다)
16. 「관광진흥법」 제3조제1항제3호다목에 따른 야영장업을 하는 자가 야영편의를 위하여 제공하는 시설
17. 「도서관법」 제4조제2항제1호에 따른 공공도서관
18. 「박물관 및 미술관 진흥법」 제2조제1호에 따른 박물관
19. 「산림문화·휴양에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 자연휴양림
20. 「하천법」 제2조제2호에 따른 하천구역 또는 같은 조 제3호에 따른 하천시설

【법규40】 고압가스 안전관리법

제13조의2(안전성 평가 등)

① 제11조제2항에 따른 사업자등은 산업통상자원부령으로 정하는 시설에 대하여 안전성 평가를 하고 안전성향상계획을 작성하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 허가관청에 제출하거나 사무소에 갖추어 두어야 한다. 이 경우 안전성향상계획에는 제28조에 따른 한국가스안전공사의 의견서를 첨부하여야 한다.

【법규41】 산업안전보건법

제44조(공정안전보고서의 작성 · 제출)

① 사업주는 사업장에 대통령령으로 정하는 유해하거나 위험한 설비가 있는 경우 그 설비로부터의 위험물질 누출, 화재 및 폭발 등으로 인하여 사업장 내의 근로자에게 즉시 피해를 주거나 사업장 인근 지역에 피해를 줄 수 있는 사고로서 대통령령으로 정하는 사고(이하 "중대산업사고"라 한다)를 예방하기 위하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 공정안전보고서를 작성하고 고용노동부장관에게 제출하여 심사를 받아야 한다. 이 경우 공정안전보고서의 내용이 중대산업사고를 예방하기 위하여 적합하다고 통보받기 전에는 관련된 유해하거나 위험한 설비를 가동해서는 아니 된다.

② 사업주는 제1항에 따라 공정안전보고서를 작성할 때 산업안전보건위원회의 심의를 거쳐야 한다. 다만, 산업안전보건위원회가 설치되어 있지 아니한 사업장의 경우에는 근로자대표의 의견을 들어야 한다.

【법규42】 도로법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. "도로의 부속물"이란 도로관리청이 도로의 편리한 이용과 안전 및 원활한 도로교통의 확보, 그 밖에 도로의 관리를 위하여 설치하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 시설 또는 공작물을 말한다.
   가. 주차장, 버스정류시설, 휴게시설 등 도로이용 지원시설
   나. 시선유도표지, 중앙분리대, 과속방지시설 등 도로안전시설
   다. 통행료 징수시설, 도로관제시설, 도로관리사업소 등 도로관리시설
   라. 도로표지 및 교통량 측정시설 등 교통관리시설
   마. 낙석방지시설, 제설시설, 식수대 등 도로에서의 재해 예방 및 구조 활동, 도로환경의 개선 · 유지 등을 위한 도로부대시설
   바. 그 밖에 도로의 기능 유지 등을 위한 시설로서 대통령령으로 정하는 시설

제10조(도로의 종류와 등급)

도로의 종류는 다음 각 호와 같고, 그 등급은 다음 각 호에 열거한 순서와 같다.

1. 고속국도(고속국도의 지선 포함)
2. 일반국도(일반국도의 지선 포함)
3. 특별시도(特別市道) · 광역시도(廣域市道)
4. 지방도
5. 시도
6. 군도
7. 구도

제11조(고속국도의 지정 · 고시)

국토교통부장관은 도로교통망의 중요한 축(軸)을 이루며 주요 도시를 연결하는 도로로서 자동차(「자동차관리법」 제2조제1호에 따른 자동차 및 같은 조 제1호의3에 따른 자율주행자동차와 「건설기계관리법」 제2조제1항제1호에 따른 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것을 말한다. 이하 제47조, 제113조 및 제115조제1호에서 같다) 전용의 고속교통에 사용되는 도로 노선을 정하여 고속국도를 지정 · 고시한다.

【법규43】 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 아니하거나(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다), 「도로교통법」 제44조제5항을 위반하여 음주측정방해행위를 한 경우와 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 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 「도로교통법」 제44조제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 「도로교통법」 제13조제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 「도로교통법」 제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우
12. 「도로교통법」 제39조제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

【법규44】 장기 등 이식에 관한 법률

제25조(장기이식의료기관)

① 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식하려는 의료기관은 보건복지부장관으로부터 장기이식의료기관(이하 "이식의료기관"이라 한다)으로 지정받아야 한다.
② 이식의료기관으로 지정받으려는 의료기관은 대통령령으로 정하는 시설·장비·인력 등을 갖추어야 한다.
③ 이식의료기관이 아니면 장기 등의 이식을 위하여 장기 등을 적출하거나 이식할 수 없다. 다만, 이식 의료기관이 아닌 의료기관에서도 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등을 갖춘 경우에는 장기 등을 적출할 수 있다.

제47조(벌칙)

① 제18조제1항에 따른 전문의사 또는 진료담당의사가 업무상 과실로 뇌사조사서를 사실과 다르게 작성하여 뇌사자가 아닌 사람에게 뇌사판정을 하게 한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.
② 제1항의 죄를 범하여 사람을 상해에 이르게 한 경우에는 7년 이하의 금고 또는 7천만원 이하의 벌금에 처한다.
③ 제1항의 죄를 범하여 사람을 사망에 이르게 한 경우에는 10년 이하의 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다.

【법규45】 자전거 이용 활성화에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. "자전거"란 사람의 힘으로 페달이나 손페달을 사용하여 움직이는 구동장치(驅動裝置)와 조향장치(操向裝置) 및 제동장치(制動裝置)가 있는 바퀴가 둘 이상인 차로서 행정안전부령으로 정하는 크기와 구조를 갖춘 것을 말한다.

1의2. "전기자전거"란 자전거로서 사람의 힘을 보충하기 위하여 전동기를 장착하고 다음 각 목의 요건을 모두 충족하는 것을 말한다.
   가. 페달(손페달을 포함한다)과 전동기의 동시 동력으로 움직이며, 전동기만으로는 움직이지 아니할 것
   나. 시속 25킬로미터 이상으로 움직일 경우 전동기가 작동하지 아니할 것
   다. 부착된 장치의 무게를 포함한 자전거의 전체 중량이 30킬로그램 미만일 것

【법규46】 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률

제5조의3(도주차량 운전자의 가중처벌)

① 「도로교통법」 제2조의 자동차, 원동기장치자전거 또는 「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계(이하 "자동차등"이라 한다)의 교통으로 인하여 「형법」 제268조의 죄를 범한 해당 자동차등의 운전자(이하 "사고운전자"라 한다)가 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 피해자를 사망에 이르게 하고 도주하거나, 도주 후에 피해자가 사망한 경우에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
2. 피해자를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상의 유기징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 사고운전자가 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기하고 도주한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 피해자를 사망에 이르게 하고 도주하거나, 도주 후에 피해자가 사망한 경우에는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
2. 피해자를 상해에 이르게 한 경우에는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제5조의11(위험운전 등 치사상)

① 음주 또는 약물의 영향으로 정상적인 운전이 곤란한 상태에서 자동차등을 운전하여 사람을 상해에 이르게 한 사람은 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 1천만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처하고, 사망에 이르게 한 사람은 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.

② 음주 또는 약물의 영향으로 정상적인 운항이 곤란한 상태에서 운항의 목적으로 「해상교통안전법」 제39조제1항에 따른 선박의 조타기를 조작, 조작 지시 또는 도선하여 사람을 상해에 이르게 한 사람은 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 1천만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처하고, 사망에 이르게 한 사람은 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.

제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)

자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

【법규47】 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "감염병"이란 제1급감염병, 제2급감염병, 제3급감염병, 제4급감염병, 기생충감염병, 세계보건기구 감시대상 감염병, 생물테러감염병, 성매개감염병, 인수(人獸)공통감염병 및 의료관련감염병을 말한다.
2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
   가. 에볼라바이러스병
   나. 마버그열
   다. 라싸열
   라. 크리미안콩고출혈열
   마. 남아메리카출혈열
   바. 리프트밸리열
   사. 두창
   아. 페스트
   자. 탄저
   차. 보툴리눔독소증
   카. 야토병
   타. 신종감염병증후군
   파. 중증급성호흡기증후군(SARS)
   하. 중동호흡기증후군(MERS)
   거. 동물인플루엔자 인체감염증
   너. 신종인플루엔자
   더. 디프테리아
3. "제2급감염병"이란 전파가능성을 고려하여 발생 또는 유행 시 24시간 이내에 신고하여야 하고, 격리가 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
   가. 결핵(結核)
   나. 수두(水痘)
   다. 홍역(紅疫)

라. 콜레라
마. 장티푸스
바. 파라티푸스
사. 세균성이질
아. 장출혈성대장균감염증
자. A형간염
차. 백일해(百日咳)
카. 유행성이하선염(流行性耳下腺炎)
타. 풍진(風疹)
파. 폴리오
하. 수막구균 감염증
거. b형헤모필루스인플루엔자
너. 폐렴구균 감염증
더. 한센병
러. 성홍열
머. 반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증
버. 카바페넴내성장내세균목(CRE) 감염증
서. E형간염

4. "제3급감염병"이란 그 발생을 계속 감시할 필요가 있어 발생 또는 유행 시 24시간 이내에 신고하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
가. 파상풍(破傷風)
나. B형간염
다. 일본뇌염
라. C형간염
마. 말라리아
바. 레지오넬라증
사. 비브리오패혈증
아. 발진티푸스
자. 발진열(發疹熱)
차. 쯔쯔가무시증
카. 렙토스피라증
타. 브루셀라증
파. 공수병(恐水病)
하. 신증후군출혈열(腎症侯群出血熱)
거. 후천성면역결핍증(AIDS)
너. 크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펠트-야콥병(vCJD)
더. 황열
러. 뎅기열
머. 큐열(Q熱)
버. 웨스트나일열
서. 라임병
어. 진드기매개뇌염
저. 유비저(類鼻疽)
처. 치쿤구니야열
커. 중증열성혈소판감소증후군(SFTS)
터. 지카바이러스 감염증
퍼. 매독(梅毒)

5. "제4급감염병"이란 제1급감염병부터 제3급감염병까지의 감염병 외에 유행 여부를 조사하기 위하여 표본감시 활동이 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 질병관리청장이 지정하는 감염병을 포함한다.
가. 인플루엔자
나. 삭제
다. 회충증
라. 편충증
마. 요충증
바. 간흡충증
사. 폐흡충증
아. 장흡충증
자. 수족구병
차. 임질
카. 클라미디아감염증
타. 연성하감
파. 성기단순포진
하. 첨규콘딜롬
거. 반코마이신내성장알균(VRE) 감염증
너. 메티실린내성황색포도알균(MRSA) 감염증
더. 다제내성녹농균(MRPA) 감염증
러. 다제내성아시네토박터바우마니균(MRAB) 감염증
머. 장관감염증
버. 급성호흡기감염증
서. 해외유입기생충감염증
어. 엔테로바이러스감염증

저. 사람유두종바이러스 감염증
6.~20. (생략)

제11조(의사 등의 신고)

① 의사, 치과의사 또는 한의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 의료기관의 장에게 보고하여야 하고, 해당 환자와 그 동거인에게 질병관리청장이 정하는 감염 방지 방법 등을 지도하여야 한다. 다만, 의료기관에 소속되지 아니한 의사, 치과의사 또는 한의사는 그 사실을 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.
1. 감염병환자등을 진단하거나 그 사체를 검안(檢案)한 경우
2. 예방접종 후 이상반응자를 진단하거나 그 사체를 검안한 경우
3. 감염병환자등이 제1급감염병부터 제3급감염병까지에 해당하는 감염병으로 사망한 경우
4. 감염병환자로 의심되는 사람이 감염병병원체 검사를 거부하는 경우

② 제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 소속 직원은 실험실 검사 등을 통하여 보건복지부령으로 정하는 감염병환자등을 발견한 경우 그 사실을 그 기관의 장에게 보고하여야 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 보고를 받은 의료기관의 장 및 제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 장은 제1급감염병의 경우에는 즉시, 제2급감염병 및 제3급감염병의 경우에는 24시간 이내에, 제4급감염병의 경우에는 7일 이내에 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.

④ 육군, 해군, 공군 또는 국방부 직할 부대에 소속된 군의관은 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 부대장에게 보고하여야 하고, 보고를 받은 소속 부대장은 제1급감염병의 경우에는 즉시, 제2급감염병 및 제3급감염병의 경우에는 24시간 이내에 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.

⑤ 제16조제1항에 따른 감염병 표본감시기관은 제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인하여 제1항제1호 또는 제3호에 해당하는 사실이 있으면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 따른 감염병환자등의 진단 기준, 신고의 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

【법규48】 금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “금융상품”이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
가. 「은행법」에 따른 예금 및 대출
나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자상품
다. 「보험업법」에 따른 보험상품
라. 「상호저축은행법」에 따른 예금 및 대출
마. 「여신전문금융업법」에 따른 신용카드, 시설대여, 연불판매, 할부금융
바. 그 밖에 가목부터 마목까지의 상품과 유사한 것으로서 대통령령으로 정하는 것
2. “금융상품판매업”이란 이익을 얻을 목적으로 계속적 또는 반복적인 방법으로 하는 행위로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 업(業)을 말한다. 다만, 해당 행위의 성격 및 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 금융상품판매업에서 제외할 필요가 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것은 제외한다.
가. 금융상품직접판매업: 자신이 직접 계약의 상대방으로서 금융상품에 관한 계약의 체결을 영업으로 하는 것 또는 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제6조제3항에 따른 투자중개업
나. 금융상품판매대리·중개업: 금융상품에 관한 계약의 체결을 대리하거나 중개하는 것을 영업으로 하는 것
3. “금융상품판매업자”란 금융상품판매업을 영위하는 자로서 대통령령으로 정하는 금융 관계 법률(이하 “금융관계법률”이라 한다)에서 금융상품판매업에 해당하는 업무에 대하여 인허가 또는 등록을 하도록 규정한 경우에 해당 법률에 따른 인허가를 받거나 등록을 한 자(금융관계법률에서 금융상품판매업에 해당하는 업무에 대하여 해당 법률에 따른 인허가를 받거나 등록을 하지 아니하여도 그 업무를 영위할 수 있도록 규정한 경우에는 그 업무를 영위하는 자를 포함한다) 및 제12조제1항에 따라 금융상품판매업의 등록을 한 자를 말하며, 다음 각 목에 따라 구분한다.
가. 금융상품직접판매업자: 금융상품판매업자 중 금융상품직접판매업을 영위하는 자
나. 금융상품판매대리·중개업자: 금융상품판매업자 중 금융상품판매대리·중개업을 영위하는 자
4. “금융상품자문업”이란 이익을 얻을 목적으로 계속적 또는 반복적인 방법으로 금융상품의 가치 또는 취득과 처분결정에 관한 자문(이하 “금융상품자문”이라 한다)에 응하는 것을 말한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것은 제외한다.
가. 간행물·출판물·통신물 또는 방송 등을 통하여 개별 금융소비자를 상정하지

아니하고 다수인을 대상으로 일방적으로 이루어지는 조언을 하는 것. 다만, 본문의 조언과 관련하여 온라인상에서 일정한 대가를 지급한 고객과 의견을 교환할 수 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

나. 그 밖에 변호사, 변리사, 세무사가 해당 법률에 따라 자문업무를 수행하는 경우 등 해당 행위의 성격 및 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 금융상품자문업에서 제외할 필요가 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것

5. "금융상품자문업자"란 금융상품자문업을 영위하는 자로서 금융관계법률에서 금융상품자문업에 해당하는 업무에 대하여 인허가 또는 등록을 하도록 규정한 경우에 해당 법률에 따른 인허가를 받거나 등록을 한 자 및 제12조제1항에 따라 금융상품자문업의 등록을 한 자를 말한다.
6. "금융회사"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 회사를 말한다.
   가. 「은행법」에 따른 은행(「중소기업은행법」 제3조제3항, 「한국산업은행법」 제3조제1항, 「신용협동조합법」 제6조제3항, 「농업협동조합법」 제161조의11제8항, 「수산업협동조합법」 제141조의4제2항, 「상호저축은행법」 제36조제4항에 따라 「은행법」의 적용을 받는 중소기업은행, 한국산업은행, 신용협동조합중앙회의 신용사업 부문, 농협은행, 수협은행 및 상호저축은행중앙회를 포함한다. 이하 같다)
   나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제8조에 따른 투자매매업자, 투자중개업자, 투자자문업자, 투자일임업자, 신탁업자 또는 같은 법 제336조에 따른 종합금융회사
   다. 「보험업법」에 따른 보험회사(「농업협동조합법」 제161조의12제1항에 따른 농협생명보험 및 농협손해보험을 포함한다. 이하 같다)
   라. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행
   마. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사
   바. 그 밖에 가목부터 마목까지의 자와 유사한 자로서 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 대통령령으로 정하는 자
7. "금융회사등"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.
   가. 금융회사
   나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제51조제9항에 따른 투자권유대행인
   다. 「보험업법」 제2조제9호에 따른 보험설계사
   라. 「보험업법」 제2조제10호에 따른 보험대리점
   마. 「보험업법」 제2조제11호에 따른 보험중개사
   바. 「여신전문금융업법」 제2조제16호에 따른 겸영여신업자
   사. 「여신전문금융업법」 제14조의2제1항제2호에 따른 모집인
   아. 그 밖에 가목부터 사목까지의 자와 유사한 자로서 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 대통령령으로 정하는 자
8. "금융소비자"란 금융상품에 관한 계약의 체결 또는 계약 체결의 권유를 하거나 청약을 받는 것(이하 "금융상품계약체결등"이라 한다)에 관한 금융상품판매업자의 거래상대방 또는 금융상품자문업자의 자문업무의 상대방인 전문금융소비자 또는 일반금융소비자를 말한다.
9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
   가. 국가
   나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
   다. 대통령령으로 정하는 금융회사
   라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
   마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자
10. "일반금융소비자"란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

제46조(청약의 철회)

① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약을 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.

1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간
2. 투자성 상품, 금융상품자문: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날부터 7일
   가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
   나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일
3. 대출성 상품: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날[다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날보다 계약에 따른 금전·재화·용역(이하 이 조에서 "금전·재화등"이라 한다)의 지급이 늦게 이루어진 경우에는 그 지급일]부터 14일
   가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
   나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일

② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.

1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면(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 청약을 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 대통령령으로 정한다.

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항 · 제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

【법규49】 장기등 이식에 관한 법률 시행령[별표4]

1. 시설 및 장비

가. 공통 기준

다음의 시설 및 장비를 갖추어야 한다. 다만, 안구만을 이식하려는 경우에는 그렇지 않다.

1) 수술실: 심전도 모니터, 혈압 모니터 및 산소포화도 측정기
2) 회복실: 인공호흡기 및 감시장비
3) 중환자실: 인공호흡기 및 감시장비
4) 진단검사의학검사시설
5) 영상의학검사시설
6) 삭제 〈2013.12.17〉
7) 해부병리검사시설

비고: 2) 및 3)에 따른 인공호흡기는 회복실과 중환자실 중 하나의 시설에만 갖춰두고 공동으로 사용할 수 있다.

나. 장기별 기준

다음의 구분에 따른 시설 및 장비를 갖추어야 하며, 둘 이상의 장기를 이식하려는 경우에는 공통되는 시설 및 장비는 중복하여 갖추지 않을 수 있다.

1) 신장 및 췌장: 투석실 및 혈액투석기
2) 간장: 인공심폐기, 고속주입기 및 자가수혈장치
3) 심장 및 폐: 인공심폐기
4) 골수 및 말초혈: 무균입원실
5) 안구: 안구 처리 · 보관시설, 경면현미경, 진단검사의학시설 및 수술실
6) 췌도: 무균분리시설
7) 소장: 내시경, 내시경적 생검시설(生檢施設), 고속주입기 및 자가수혈장치
8) 손 · 팔 또는 발 · 다리 : 재활치료실 또는 물리치료실, 미세현미경

※ 비고: 안구만을 이식하려는 경우에는 5)에 따른 진단검사의학시설은 다른 기관과 공동으로 이용할 수 있다.

2. 인력

가. 공통 기준

1) 진단검사의학과, 병리과, 마취통증의학과, 영상의학과, 재활의학과, 정신건강의학과, 소아청소년과 및 내과(감염 전문 및 호흡기 전문) 전문의를 각각 1명 이상 두어야 한다.
2) 1)에도 불구하고 안구만을 이식하려는 경우에는 진단검사의학과 및 마취통증의학과 전문의만을 각각 1명만 둘 수 있고, 골수 또는 말초혈만을 이식하려는 경우에는 진단검사의학과, 마취통증의학과, 내과(감염 전문) 및 소아청소년과 전문의만을 각각 1명만 둘 수 있다. 다만, 안구만을 이식하려는 경우로서 다른 의료기관과 계약을 체결하여 진단검사의학과 및 마취통증의학과 전문의를 공동으로 이용할 수 있는 경우에는 진단검사의학과 및 마취통증의학과 전문의를 두지 아니할 수 있다.
3) 장기등의 적출 · 이식을 위한 상담 · 연락 업무 등을 담당하는 간호사와 사회복지사를 각각 1명 이상 두어야 한다. 다만, 안구만을 이식하려는 경우에는 그렇지 않다.

나. 장기별 기준

다음의 구분에 따른 전문과목의 전문의를 각각 1명 이상 두어야 하며, 둘 이상의 장기를 이식하려는 경우에는 공통되는 인력은 중복하여 갖추지 않을 수 있다. 이 경우 외과, 심장혈관흉부외과, 비뇨의학과 및 내과(골수, 말초혈, 손 · 팔 또는 발 · 다리의 경우만 해당한다) 전문의는 국내 또는 국외의 이식의료기관에서 장기이식훈련과정을 6개월 이상 수료한 사람이어야 한다.

1) 신장: 외과 또는 비뇨의학과, 내과(신장 전문)
2) 간장: 외과, 내과(소화기 전문)
3) 췌장 및 췌도: 외과, 내과(내분비 전문)
4) 심장: 심장혈관흉부외과, 내과(순환기 전문)
5) 폐: 심장혈관흉부외과, 내과(호흡기 전문)
6) 골수 및 말초혈: 내과(혈액종양 전문)
7) 안구: 안과
8) 소장: 외과, 내과(소화기 전문)
9) 손 · 팔 또는 발 · 다리: 정형외과 또는 성형외과, 외과 또는 내과

【법규50】 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제5조의2(중증질환심의위원회)

① 중증환자에게 처방 · 투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위하여 건강보험심사평가원에 중증질환심의위원회를 둔다.
(이하 생략)

제9조(비급여대상)

① 법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)은 별표 2와 같다.
(이하 생략)

[별표 2] 〈개정 2024. 8. 1.〉

비급여대상(제9조제1항관련)

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
   라. 단순 코골음
   마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
   바. 검열반 등 안과질환
   사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
   라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술
   마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
   바. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
   아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자등에게 실시하는 건강검진 제외)
   나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
   다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
   라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.
   마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
   바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사
   사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
   아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
   가. 가입자등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.
   (이하 생략)